

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Leena Laitinen ja Taina Pänkäläinen

HENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA IKINÄ-TOIMINTAMALLIN
KÄYTTÖÖNOTOSTA HOIVAKODISSA JA SAIRAALAN
VUODEOSASTOLLA

Opinnäytetyö 2014

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	MUUTOSPROSESSI	8
2.1	Muutostarve	9
2.2	Muutossuunnitelma	10
2.3	Käyttöönotto	12
2.4	Muutosvastarinta ja muutosjohtaminen	14
3	IKINÄ-TOIMINTAMALLI	17
4	KAATUMISVAARAN ARVIOINTI ERI TOIMINTAYMPÄRISTÖISSÄ	21
4.1	Hoiva-asuminen	22
4.2	Sairaala	22
5	KÄYTTÖÖNOTTOPROSESSIEN KUVAUS TUTKIMUSYMPÄRISTÖISSÄ	23
5.1	Hoivakoti	23
5.2	Sairaalan vuodeosasto	24
6	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TOTEUTUS	27
6.1	Tutkimusongelmat	27
6.2	Tutkimusmetodina kyselytutkimus	27
6.3	Kyselyn toteutus	28
6.4	Aineiston käsittely ja analyysi	29
7	TUTKIMUSTULOKSET	29
7.1	Taustatekijät	29
7.2	Muutostarve	31
7.3	Muutossuunnitelma	33
7.4	Toiminnan arviointi	38
7.5	Käyttöönoton edellytykset	39
7.6	IKINÄ-mallin käyttöön liittyvät henkilökunnan asenteet ja tietämys	42
7.7	IKINÄ-oppaan käyttö	48

8 POHDINTA	49
8.1 Tulosten tarkastelu	50
8.2 Luotettavuus ja eettisyys	53
8.3 Johtopäätökset, hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	54
LÄHTEET	56
LIITTEET	61
Liite 1. Saatekirje	
Liite 2. Kyselylomake	

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

LAITINEN, LEENA

PÄNKÄLÄINEN, TAINA

Henkilökunnan kokemuksia IKINÄ-toimintamallin käyttöönotosta hoivakodissa ja sairaalan vuodeosastolla

Opinnäytetyö

60 sivua + 2 liitettä

Työn ohjaaja

Sari Virkki, KM

Toimeksiantaja

Kotkan kaupunki

Tammikuu 2014

Avainsanat

IKINÄ-toimintamalli, käyttöönotto, muutos, ikääntyneet

Tutkimusten mukaan kaatumistapaturmat ovat ikääntyvien yleisimpiä tapaturmatapah-tumia. Ne aiheuttavat sekä yksilötasolla että yhteiskunnallisesti mittavia haittoja. Kas-vavan väestöennusteen, elämänlaadun heikkenemisen ja taloudellisten syiden vuoksi on perusteltua kohdentaa terveydenhuollon voimavaroja ikääntyvien kaatumistapa-turmien ehkäisyyn. TtT Satu Pajalan kehittämä IKINÄ-toimintamalli on suunnattu ikääntyviä hoitavalle terveydenhuollon henkilöstölle työvälineeksi kaatumistapatur-mien ennaltaehkäisyyn.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveydenhuoltohenkilöstön kokemuk-sia IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoprosessista. Tutkimuksessa oli mukana Kotkan kaupungin yksi hoiva-asumisen yksikkö ja kaksi erikoislääkärijohtoisen terveyses-kussairaalan vuodeosastoa. Tutkimusyksiköihin jaettiin yhteensä 66 kyselykaavaketta, joista määräaikaan mennessä palautettiin yhteensä 30 kappaletta. Tutkimusmenetel-mäksi valittiin kvantitatiivinen kyselytutkimus. Strukturoidut kysymykset laadittiin opinnäytetyön teoriaosuuden pohjalta.

Tutkimustulosten mukaan tutkimusyksiköillä oli tarve iäkkäiden kaatumisten ehkäi-syyn kehitylle IKINÄ-toimintamallille. Vastaajien mielestä iäkkäiden kaatumisvaa-ran arviointiin liittyvä koulutus oli osittain riittämätöntä. Esimiestyö koettiin tärkeäksi osaksi kehittämistyötä ja valtaosa vastaajista toivoi lähiesimieheltä kannustavaa, pe-rustelevaa ja kuuntelevaa kehittämisjohtajan roolia.

Pienen vastausprosentin (45,5 %) vuoksi tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä. Tutkimuksen avulla saatiin kuitenkin arvokasta tietoa uuden toimintamallin käyttöö-nottoprosessista. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää uusien toimintamallien ke-hittämis- ja muutosprosesseissa erityisesti silloin, kun halutaan vaikuttaa suoraan hen-kilökunnan asenteisiin ja kehittämismotivaatioon.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

LAITINEN, LEENA

PÄNKÄLÄINEN, TAINA

Healthcare Personnel's Experiences on the Implementation
Process of IKINÄ-Operating Model in a Nursing Home
and Ward at the Local Hospital

Bachelor's Thesis

Supervisor

Commissioned by

January 2014

Keywords

60 pages + 2 pages of appendices

Sari Virkki, MSc

City of Kotka

IKINÄ-operating model, implementation, change,
elderly population

Studies show that falls are the most common accidents among the elderly population and cause measurable harm both to individuals and society. Due to the forecast growing population, reduced quality of life and economic reasons, it is justified to target health care resources to fall prevention in the elderly population. The IKINÄ-operating model by Satu Pajala, PhD, is targeted to the healthcare professionals taking care of the elderly population as a tool of fall prevention.

The purpose of this Bachelor's thesis was to examine the healthcare personnel's experiences on the implementation process of IKINÄ-operating model. One elderly care unit of the city of Kotka and two consultants in charge of the ward were involved in the study. 66 questionnaires were delivered to the research units and 30 were returned by the deadline. The research method was chosen to be a quantitative survey. Structured questions were drawn up on the basis of the theoretical part of the thesis.

According to the study results there was a need for the IKINÄ-operating model for preventing the elderly population's falls. According to the respondents, the training in the evaluation of the risk of falls amongst the elderly population had been inadequate. Supervision of the heads of the departments was considered important in the development work and most of those answering the questionnaires hoped for an encouraging, reasoning and listening role from their immediate superiors as a development leader.

Due to the low response rate (45,5 %) the results of the study cannot be generalised. The study still provides valuable information on the experiences of the staff in the implementation of the IKINÄ-operating model in different operating environments. The results of the study can be used in the change and development processes of the IKINÄ-operating models, especially when you want to have a direct impact on the staff's attitudes and development motivation.

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Vuonna 2009 Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä suomalaisia 65 vuotta täyttäneitä on jo 26 prosenttia väestöstä. Vastaava väestöosuus vuoden 2010 lopussa oli 17,5 prosenttia. (Pajunen & Ruotsalainen 2012.) Samalla yli 80-vuotiaiden määrän odotetaan kasvavan 4,9 prosentista 11,4 prosenttiin (Scleutker 2013, 424). Terveyden- ja sairaanhoidon kehittyminen, elinolosuhteiden paraneminen sekä kuolleisuuden aleneminen mahdollistavat jatkuvan elinajanodotteen nousun sekä ikäihmisten suhteellisen määrän kasvun (Myrskylä 2010). Tämän suuntainen väestökehitys on aiheuttanut huolenaihetta hyvinvointivaltion tulevaisuudelle. Sosiaalihuollon palveluiden tarpeen noustessa myös terveydenhuollon palveluja on kyettävä tarjoamaan ikääntyvälle väestölle tehokkaammin. (Scleutker 2013, 425.)

Pajalan (2012a, 7) mukaan jopa 80 prosenttia Suomessa asuvien 65 vuotta täyttäneiden tapaturmista johtuu kaatumisista tai putoamisista. Vaapio (2009, 21) kertoo, että yli 64-vuotiaista laitoksissa asuvista noin puolet kaatuu vuosittain ja näistä joka toinen kaatuu toistuvasti. Merkittävää on myös ikäihmisten kuolemaan johtavien tapaturmien yleisyys. Tutkimusten mukaan vuosittain Suomessa kuolee tapaturmaisesti noin 1300 yli 65-vuotiaasta henkilöä. Yleisin syy ikäihmisellä tapaturmakuolemaan on kaatumis- tai putoamistapahtuma. (Pajala 2012a, 7.)

Kaatumisten seuraukset voidaan luokitella yksilöllisiin ja yhteisöllisiin vaikutuksiin. Yksilötasolla kaatumistapaturmat heikentävät ikäihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua ja hyvinvointia. Yhteiskunnallisesti ikäihmisten kaatumistapaturmat vaikuttavat sosiaali- ja terveystalouden käyttöön ja kustannuksiin. (Vaapio 2009, 20 - 22.) Taloudelliset haitat niin yksilön kuin yhteiskunnan tasolla kaatumistapaturmien aiheuttamien vammojen hoidossa ovat mittavat. Vuoden 2010 kustannustason mukaan yhden lonkkamurtumapotilaan hoidon keskimääräiset vuotuiset kustannukset olivat 19 150 euroa. Jos kotona asuva iäkäs lonkkamurtumapotilas ei kuntoudu takaisin kotiin, vaan jää pysyvästi laitoshoidon, ovat hoitokustannukset ensimmäisenä vuotena arviolta 47 100 euroa. (Pajala 2012a, 7 - 14.)

Viime vuosina on alettu kiinnittää erityistä huomiota ikäihmisten kaatumistapaturmien ennaltaehkäisyyn. Vuosina 2001 ja 2008 sosiaali- ja terveysministeriö antoi iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen. Laatusuositus uudistui vuonna 2013, jolloin voimaan tuli vanhuspalvelulaki. Uudella lainsäädännöllä halu-

taan *"turvata ikääntyneen väestön hyvinvointia ja iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saantia, tukea ikääntyneen voimavaroja ja edistää ikääntyneen itsestä toimintakykyä puuttumalla varhaisessa vaiheessa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen aiheuttamiin riskitekijöihin"* (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980, 1. §). Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön asettama koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisykoordinaatioryhmä on laatinut ehdotuksen kunnille. Tämä tapaturmien ehkäisyohjelma vuosille 2014 - 2020 tavoittelee visiollaan 25 prosentin vähennystä vakavissa tapaturmissa. Ehdotuksessa on määritetty yhtenä toimintakokonaisuutena *"erityisesti haavoittuvien ryhmien turvallisuuden parantaminen"*. (STM 2013a, 16.) Erilaisten hankkeiden ja ennaltaehkäisyohjelmien avulla pyritään herättämään kansalaisten mielenkiinto ikäihmisten tapaturma-alttiuteen. Valtakunnallinen Voimaa vanhuuteen - iäkkäiden terveysliikuntaohjelma 2005 - 2014, Kunnossa kaiken ikää -toimintaohjelma, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Pysy pystyssä -kampanja sekä Ehkäise tapaturmat -hanke 2009 - 2015 ovat kaikki toiminnallaan keskittyneet ikääntyvien tapaturmien ennaltaehkäisyyn (Ikäinstituutti; KKI; THL 2013a).

Ehkäise tapaturmat -hanke 2009 - 2015 on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen terveyden edistämisen toimialalla Etelä-Pohjanmaan ja Etelä-Kymenlaakson alueilla toteutettava tapaturmien ehkäisy tutkimus- ja kehittämishanke. Etelä-Kymenlaaksossa hankkeen yhtenä painopistealueena on tapaturmien ehkäisy kaikissa ikäryhmissä. Ikäihmisiin kohdistuvassa kehittämistoiminnassa pyritään ehkäisemään niin kotona asuvien kuin laitoshoidossa olevien ikäihmisten kaatumistapaturmia IKINÄ-toimintamallia kehittämällä ja uutta turvallisuuskulttuuria parantamalla. (THL 2013a.) Järjestelmällisen ehkäisyohjelman avulla voidaan tunnistaa kaatumisiin johtavia vaaratekijöitä kaikissa ikäihmisen toimintaympäristössä. IKINÄ-toimintamallin avulla pyritään yhtenäistämään kaatumisten ehkäisy toimintatapoja ja käytäntöjä. IKINÄ-toimintamalli antaa hoitohenkilökunnalle sekä ikääntyvän lähipiirille käytännön ohjeita ikäihmisten kaatumistapaturmien riskien arviointiin ja kartoittamiseen sekä ohjausta jatkotoimiin riskikartoituksen perusteella. (Pajala 2012a, 17 - 18.) Useiden kansainvälisten iäkkäiden kaatumisiin kohdistuvien tutkimusten mukaan riskikartoituksista johdettavilla kaatumisia ennaltaehkäisevillä toimilla on selkeä vaikutus ikäihmisen fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin sekä kaatumistapahtumien vähenemiseen (THL 2013a).

Etelä-Kymenlaaksossa Ehkäise tapaturmat -hankkeen 2009 - 2015 koordinaatiovastuu on Kotkan terveyspalvelujen Terveysedistämisenyksiköllä. Opinnäytetyömme yh-

teistyötaho, Ehkäise tapaturmat -hankkeen aluekoordinaattori, TtM Anne Heikkilän siirrettyä hankkeesta toisiin tehtäviin yhteistyötahoksi vaihtui Kotkan kaupunki. Tutkimuksen alkuperäinen tarkoitus kuvata henkilökunnan kokemuksia IKINÄ-toimintamallin kehittämistyöstä erilaisissa hoitoympäristöissä säilyi. Koska hoitohenkilöstön kokemuksia IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoprosessista ei ole aikaisemmin tutkittu, toivotaan tämän tutkimuksen antavan uusia näkökulmia toimintamallin kehittämistyöhön. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen kehittämispäällikkö, TtT Satu Pajala on ilmaissut mielenkiintonsa tutkimustamme kohtaan ja esittänyt kutsun IKINÄ-verkostopäivään kertomaan saamistamme tuloksista.

2 MUUTOSPROSESSI

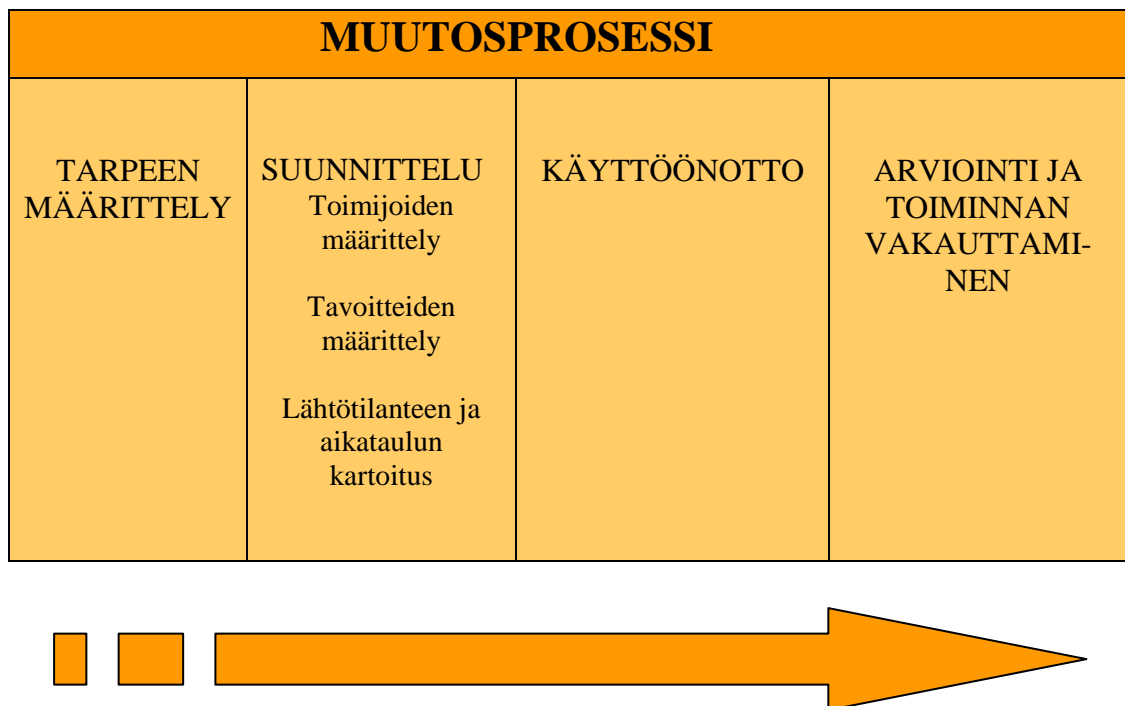
Tänä päivänä kuullaan paljon organisaatioiden muutos- ja kehittämistarpeista. Elinvoimaisen organisaation ja yhteisön odotetaan pitävän yllä jatkuvaa muutos- ja kehittämistyötä. Muutos perustuu aina oppimiseen, jonka tulisi johtaa muutoksiin ihmisen ajattelussa ja käyttäytymisessä. Usein muutokseen liittyy ristiriitaa aiheuttavia ajatuksia sekä muutoksen vastaista käytöstä. Jokainen muutosprosessissa mukana oleva koee tilanteet omien yksilöllisten ominaisuuksiensa mukaan. Jotta henkilöstön motivoiminen ja sitoutuminen muutostyöhön onnistuu, tulee johtajan ja esimiehen ymmärtää muutosprosessin kulkua sekä työntekijän yksilöllistä käyttäytymistä muutoksen eri vaiheissa. (Arikoski & Sallinen 2007, 2 - 3.)

Muutosprosessiteorioita on useita. Muun muassa Kurt Lewinin kolmen vaiheen malli on yksi varhaisimpia prosessiteorioita, jonka perusajatuksena ovat sulattaminen (unfreezing) eli vastarinnan heikentäminen ja suunnitelman teko, sisäistäminen (moving) eli käyttöönotto ja kolmantena uudelleen jäädyttäminen (refreezing) eli toiminnan vakiinnuttaminen (Tiusanen 2005, 19). Lewinin teorian pohjalta John P. Kotter kehitti kahdeksanvaiheisen muutosprosessimallin, joka edellyttää työntekijältä kykyä muutokseen toimintaympäristön tarpeiden mukaan. Kotter (1996, 18) on nimennyt muutosprosessin vaiheet seuraavasti:

- muutostarpeen luominen
- ohjaustiimin perustaminen
- tavoitteiden / visioiden asettaminen
- tehokas viestiminen
- henkilöstön valtuuttaminen

- lyhyen aikataulun varmistaminen
- muutosten toteuttaminen
- sekä uusien toimintatapojen juurruttaminen.

Erilaisuuksista huolimatta voidaan muutosprosesseista löytää yhtäläisiä vaiheita. Kuvaan 1 on koottu Lämsä & Hautalan (2005, 186) sekä Pajalan (2013, 9) teoksissaan esittämiä käyttöönottoprosessien vaiheita. Näissä molemmissa prosesseissa esiintyvät tarpeen määrittely, muutoksen suunnittelu, uuden toimintamallin käyttöönotto sekä muutostöiden arviointi ja uusien toimintojen vakauttaminen.



Kuva 1. Muutosprosessi (Lämsä & Hautala 2005, 186; Pajala 2013, 9)

Muutos- ja kehittämistyö ei ole koskaan edellä kuvatun kaltainen (kuva 1), suoraviivainen ja vaihe vaiheelta etenevä prosessi. Muutos- ja kehittämistoiminnalle kuuluu antaa aikaa, mahdollisuus yllätyksellisyyteen sekä väljyyttä suunnitelmien ja toiminnan muutoksiin. Muutosprosessi antaa kehykset muutoksen ja kehittämisen toteuttamiselle. (Lämsä & Hautala 2005, 189.)

2.1 Muutostarve

Muutostarpeen takana on usein palvelujen parantamisen tarve. Jos muutoksen tarve syntyy henkilöstön omasta näkemyksestä ja halusta muuttaa tai kehittää toimintaa, on

muutos uskottava ja työntekijöiden motivaatio muutokseen parempi. Tämän sisäisen muutoslähteen lisäksi muutospainetta lisäävät myös ulkoiset lähteet. Yhteiskunnalliset tekijät asettavat yrityksille ja palveluntarjoajille haasteita muutostarpeisiin eri näkökulmien kautta. Tällöin on olennaisen tärkeää, että muutosprosessille on aito ja perusteltu tarve. (Lämsä & Hautala 2005, 186.) Jokaiselle muutosprosessiin osallistuvalla tulee tähdentää, ettei muutosta tehdä vain muutoksen vuoksi, tai että nykyiset toimintamallit olisivat käyttökelvottomia ja vääriä (Pajala 2013, 7). Lähtökohtana tulisi pitää, että muutoksen myötä asiat on mahdollista tehdä entistä paremmin (Stenvall & Virtanen 2007, 113).

Muutostarpeesta informoiminen sellaisenaan ei riitä. Muutostarve tulee konkretisoida ja viedä lähemmäksi henkilökuntaa ja todellista toimintaa. Henkilökunta on saatava ymmärtämään muutoksen antama hyöty ja mahdollisuudet. Esimiehen tai johtajan kyky ja halu muutosprosessin tarpeen informoijana korostuu, jotta jokainen yhteisön jäsen voi riittävän ajantasaisin tiedoin rakentaa henkilökohtaisen mielipiteensä muutoksen tarkoituksesta, tavoitteista ja päämäärästä. (Lanning, Roiha & Salminen 1999, 32 - 47.)

2.2 Muutossuunnitelma

Perustellun muutostarpeen ja -päätöksen jälkeen, kuitenkin ennen toiminnan siirtämistä käytäntöön, tulee laatia konkreettinen ja tarkka muutossuunnitelma. Muutossuunnitelma on hyvä jättää vastaantuleville tilanteille avoimeksi, jotta sitä on helppo muokata koko muutosprosessin ajan. (Isola 2008, 19.) Muutossuunnitelmassa on hyvä sopia muutoksen tavoitteet, tärkeimmät toimenpiteet, toimijoiden roolit ja aikataulu. (Luomala 2007, 6.) Lämsä & Hautala (2005, 188) korostavat edellisten lisäksi organisointia sekä henkilöstön kouluttamisen ja viestinnän suunnittelua. Muutosprosessissa on hyvä keskittyä osallistuvien tahojen ja toimijoiden määrittämiseen sekä tarkan lähtötilanteen kartoitukseen ja analysointiin. Muutosyksikön jokaisen jäsenen henkilökohtainen panos kehittämistyössä on olennainen ja henkilöstön tulee olla mukana jo suunnitteluvaiheessa. (Pajala 2013, 6 - 9.)

Muutosprosessin laajuus määrittelee sen, kuinka suuri muutosorganisaatio tarvitaan toteuttamaan onnistunut muutos (Lanning ym. 1999, 104). Muutostilanteen yksi keskeinen haaste saattaa olla, että organisaation johdon ja toimintaa toteuttavan henkilöstön kesken ei löydy vuoropuhelua tai ryhmät elävät muutoksen eri vaiheissa (Stenvall

& Virtanen 2007, 52). Näitä muutosprosessia estäviä tekijöitä voidaan vähentää määrittelemällä eri toimijaryhmät ja niiden tehtävät sekä painottamalla ryhmien keskinäistä kanssakäymistä. Kolmiportaiseen prosessiorganisaatioon kuuluvat ohjausryhmä, implementointiryhmä ja toimijaryhmä. Usein muutossuunnitelman toteutus alkaa näiden moniammatillisten ryhmien määrittämisellä. (Pajalan 2013, 13 - 15.)

Ohjausryhmä koostuu ylimmästä johdosta, kehitettävän työyksikön johdosta sekä eri ammattiryhmien edustajista. Ohjausryhmän tehtäviin kuuluvat organisaation valmiuksien arviointi, toiminnan edellytysten varmistaminen, prosessin jatkuva arviointi ja tarvittavien muutosten tekeminen sekä implementointiryhmän muodostaminen ja tukeminen. Implementointiryhmä koostuu toimintayksikön henkilöstöstä. Ryhmässä tulee olla riittävän monipuolista osaamista sekä laajasti eri ammattiryhmistä koostuvaa henkilöstöä. Implementointiryhmä toteuttaa uuden toimintatavan muutossuunnittelun ja toteutuksen sekä suorittaa jatkuvaa seurantaa ja arviointia. Ryhmä toimii yhteistyössä ohjausryhmän ja toimijaryhmän eli käytännön toimintaa toteuttavan henkilökunnan kanssa. (Lanning ym. 1999, 118; Pajala 2013, 12 - 15.) Toimijaryhmän jokaisella jäsenellä tulee olla selvillä oma rooli muutosprosessissa sekä valmius rakentaa luottamuksellinen, toisen työtä ja toiveita kunnioittava muutosilmapiiri (Pajala 2012b, 16; Pajala 2013, 15).

Muutosprosessin tavoitteen määrittämisellä halutaan ilmaista organisaation tarvetta ja halua kehittyä (Lanning ym. 1999, 84). Usein ajatellaan, että yleiset linjaukset sopivat sellaisenaan kaikkiin toimintaympäristöihin. Tavoitteiden määrittelyn olisi hyvä perustua muutosyksikön nykytilanteeseen sekä sen luonteeseen ja toimintakulttuuriin. (Erämetsä 2003, 165 - 167.) Jokaisella muutosyksikön toimijalla tulisi olla yhtenevä käsitys muutoksen päämäärästä. Yhteinen tavoite on tehokas tapa viedä kehitystä eteenpäin ja selkeyttää yksittäisen toimijan tehtäviä. Selkeä tavoite varmistaa, että jokainen kehittää toimintaa samaan suuntaan. (Lanning ym. 1999, 85 - 86.) Muutosprosessi voi venyä aikataulultaan pitkäksi ja muutoksen päätavoitteen toteutuminen saattaa olla mitattavissa vasta aikojen päästä. Tällöin motivaation ylläpitämiseksi on hyvä asettaa väli- ja osatavoitteita. Osatavoitteilla voidaan tarkastella muutoksen oikeaa suuntaa ja etenemistä. (Pajala 2012b, 40 - 41.) Muutosyksikön lähtötilanteen kuvaus toimii työvälineenä muutoksen suunnitteluvaiheessa. Kuvausta tarvitaan muutosprosessin tulosten arvioinnissa, kun halutaan tietää onko muutosta tapahtunut ja onko muutossuunta oikea. Alkukartoituksessa käydään läpi sen hetkiset toimintamallit, työ-

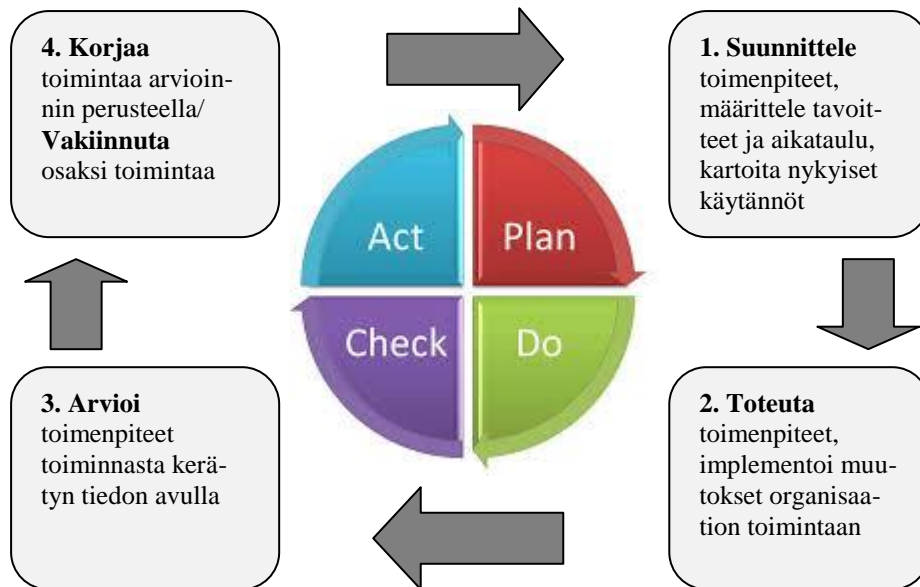
välineet, taloudellinen tilanne sekä muutopsyksikön osaamisen taso. (Pajala 2013, 5.) Lähtötilanne tulisi olla mitattavissa mittareilla, joita voidaan käyttää muutosprosessin aikana kaikissa arviointi tilanteissa. Kerättyä tietoa voidaan kuvata kaavioin, tilastoin tai tunnusluvuin, kunhan kuvaus on realistinen ja tarkka. (Pajala 2012b, 29.)

Muutokseen liittyy aina uuden oppimista. Muutopsyksikön jokaiselle jäsenelle tulee tarjota koulutusta ja perehdytystä yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Mattila 2007, 171.) Koulutuksella on myös mahdollista vaikuttaa muutosasenteisiin (Lanning ym. 1999, 276). Uuden oppimista ja osaamista tapahtuu vasta kun uuden asian omaksujalla on riittävän voimakas tahto oppimiseen (Erämetsä 2003, 213). Teoriaoppiminen on hyvä siirtää nopeasti käytännön toimintaan, jolloin uuden sisäistäminen konkretisoituu. Parhain tulos oppimiselle saadaan, kun muutopsyksikön jäsenet ovat itse ideoimassa käytännön toimia uuden teorian pohjalta. (Mattila 2007, 171.) Omakohtainen osallistuminen ja kehittäminen herättävät luottamusta muutoksen onnistumiseen sekä lisäävät motivaatiota uuden oppimiseen (Lanning ym. 1999, 277).

2.3 Käyttöönotto

Muutoksen käyttöönotto eli suunniteltujen toimenpiteiden toteutus on realistista tekemistä. Viimeistään tässä vaiheessa vastuu muutoksesta siirtyy henkilöstölle. Lämsän ja Hautalan mukaan (2005, 188) päätösvallan siirtäminen vahvistaa henkilöstön luottamusta ja sitouttaa heitä muutokseen. Toisaalta henkilöstö joutuu ehkä vasta nyt ensi kerran pohtimaan muutoksen tarpeellisuutta ja tavoitteita suhteessa entisiin käytäntöihin. Toteutuksessa tilanteet voivat olla yllätyksellisiä ja epäselkeitä, eikä onnistunut suunnitteluvaihe takaa toteutusvaiheen aukottomuutta. (Stenvall & Virtanen 2007, 49.)

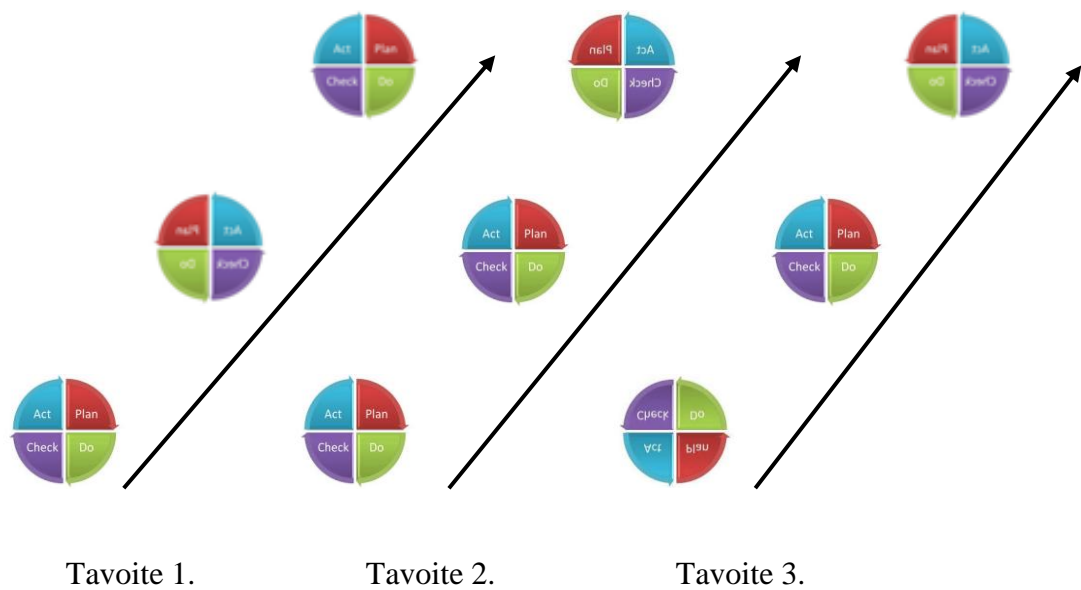
Muutosprosessin avuksi on kehitelty erilaisia jatkuvan kehittämisen malleja. W. Edward Deming muokkasi 1950-luvulla kollegansa Walter A. Shewartin menetelmästä neljän vaiheen muutosprosessimallin. Tässä "Deming Wheel" tai "Deming Circle" mallissa kehitys nähdään päättymättömänä prosessina. (Knight 2012, 68.) Niin sanottu PDCA-syklissä (Plan-Do-Check-Act/Adjust) suunniteltu toiminta etenee neljän vaiheen kautta (kuva 2), jossa yhden tavoitteen tultua valmiiksi voidaan aloittaa uusi kierto uuden tavoitteen saavuttamiseksi. Näin malli antaa mahdollisuuden tunnistaa kehittämisen ongelmat ja epäkohdat, joita voidaan muuttaa ja parantaa kunnes haluttu tavoite on saavutettu. (Sokovic, Pavletic & Pipan 2010, 478.)



Kuva 2. PDCA-sykli (mukaillen Pajala 2012, 37 - 38; Sokovic ym. 2010, 478)

PDCA-jatkuvan kehittämisen mallissa tavoitteiden ja toimintojen määrittely (Plan) tapahtuu yksityiskohtaisesti. Aikataululle annetaan joustavat rajat. Suunnittelun jälkeen muutosprosessi siirtyy toteuttamaan aikaisemmin määriteltyjä uusia käytäntöjä (Do). Toteutus on uuden menetelmän käytön harjoittelua, kokeilua ja sopivuuden testaamista. Arviointia (Check) tapahtuu jo toteutuksen yhteydessä. Uuden toimintamallin hyväksymiseen tai hylkäämiseen tarvitaan kaikkien toimijaryhmien yhteinen päätös. Kun arvioinnin jälkeen uusi menetelmä on todettu tavoitteiden mukaiseksi, voidaan se määritellä osaksi organisaation toimintaa (Act). Ellei toimintamalli täytä tavoitteiden kriteerejä, tulee siihen tehdä parannuksia ja muutoksia (Adjust) sekä toteuttaa PDCA-sykliä niin kauan, kunnes käytäntö voidaan hyväksyä vakiintuneeksi toiminnaksi. (Pajala 2012b, 39 - 47.)

Kun suunnitteluvaiheessa päätavoite on pilkottu osa- ja välitavoitteisiin, voidaan PDCA-sykliden avulla kehittää yhtäaikaaisesti useampia pienempiä kokonaisuuksia. Syklit voivat edetä eri tahdissa, ja niitä voidaan aloittaa ja päättää itsenäisinä prosesseina. (Kuva 3.) Parhaimpaan ja tuloksellisimpaan tavoitteeseen päästään, kun yksi tavoite kiertää PDCA-kehän ympäri useampaan kertaan. Näin arviointia voidaan toteuttaa jokaisen tavoitteen kohdalla säännöllisesti ja kriittisesti. Jokaisen PDCA-kehän jälkeen kehittämistehtävä muokkautuu muutosympäristön toivomaksi toiminnaksi ja toimintamalli voidaan siirtää pysyväksi käytännöksi työyksikköön. (Pajala 2013, 25 - 32.)



Kuva 3. Rinnakkaiset PDCA-syklit (Pajala 2012b, 44)

2.4 Muutosvastarinta ja muutosjohtaminen

Työelämän muutokset herättävät usein eritasoisia tunteita. Muutokseen suhtaudutaan usein kielteisesti, vaatiihan muutos vanhasta toiminnasta luopumista ja ylimääräistä energiaa totuttujen tapojen muuttamiseen. (Arikoski & Sallinen 2007, 45.) Muutosjohtajan näkökulmasta vastarinta hankaloittaa muutos- tai kehittämisprosessin etenemistä. Tilanne tulisi kuitenkin nähdä positiivisena jo yksin sen vaikuttavuutensa vuoksi. Muutosvastarinta voi herättää uusia muutosta eteenpäin vieviä ajatuksia. Taitava johtaja osaa hyödyntää tilanteen, jolloin vastarinta ohjaa muutoksen laatua parempaan suuntaan. (Stenvall & Virtanen 2007, 100 - 101.) Erikoistilanteessa johtaja voi nähdä henkilöstössä uusia työn kehittämisen kannalta hyödynnettäviä taitoja. Hyvin johdettu terve muutosvastarinta etenee usein alun epätasapainon jälkeen positiiviseen ja vapautuneeseen uusien asioiden kehittämiseen. (Erämetsä 2003, 98 - 99.)

Ihminen hakee luontaisesti tasapainoa ja turvallisuutta elämäänsä. Jo pienikin muutoksen uhka johtaa pelkoon ja puolustusmekanismien heräämiseen. Puolustusmekanismien esiintyminen työelämässä näkyy ryhmän poikkeavana käyttäytymisenä. Normaalina on uuden asian kieltäminen ja uudistusta ajavan johtajan tai esimiehen torjunta. Esitetty muutos halutaan kokea epärealistiseksi ja sen toteutumisen mahdollisuus kielletään jo alkuvaiheessa. Pahimmillaan vastarinta eristää yhteisön esimiehen ryhmän ulko-

puolelle. (Stenvall & Virtanen 2007, 101.) Toisinaan työryhmä puolustautuu aggressiolla, joka kohdistuu esitetyn muutoksen sijasta ryhmän ulkopuoliseen ympäristöön, esimerkiksi yhteiskunnan epäkohtiin. Toisinaan ryhmän innokas tulevaisuuden suunnittelu antaa muutosjohtajalle erheellisesti positiivisen kuvan muutoksen etenemisestä. Myöhemmin tilanne kärjistyy ja paljastuu yllättäen puolustautumiseksi muutoksen aiheuttamaa ahdistavaa ja epätasapainoista olotilaa kohtaan. (Arikoski & Sallinen 2007, 47 - 48.)

Kun organisaation toimintaa halutaan kehittää johdon haluamaan suuntaan, tulee esimiehen osoittaa omalla mielenkiinnollaan muutoksen merkitys organisaatiolle. Muutosvastarintaa esiintyy lähes kaikissa muutostilanteissa ja usein juuri lähin esimies joutuu ottamaan vastaan henkilökunnan negatiiviset reaktiot. (Erämetsä 2003, 222.) Tämä vaatii esimieheltä erityistaitoja työyhteisön jäsenten ohjaamisessa muutoksen eri vaiheiden läpi. Hyvä esimies uskaltaa olla koko persoonallisuudellaan henkilöstönsä käytettävissä, hän on läsnä ja osoittaa vilpitöntä kiinnostusta henkilökuntaa kohtaan. Esimies näyttää esimerkkiä omalla sitoutumisellaan ja positiivisella asenteellaan muutostilanteessa. Hyvä esimies on oikeudenmukainen, ja hänellä tulee olla taitoa ja rohkeutta ratkoa ristiriitoja ongelmatilanteissa. Ensisijaisesti kuitenkin esimies luo muutokselle hyvät edellytykset itse osallistumalla, vastuuta ja tietämystään jakamalla sekä luottamuksellisen ilmapiirin rakentamisella. (Stenvall & Virtanen 2007, 104 - 106.)

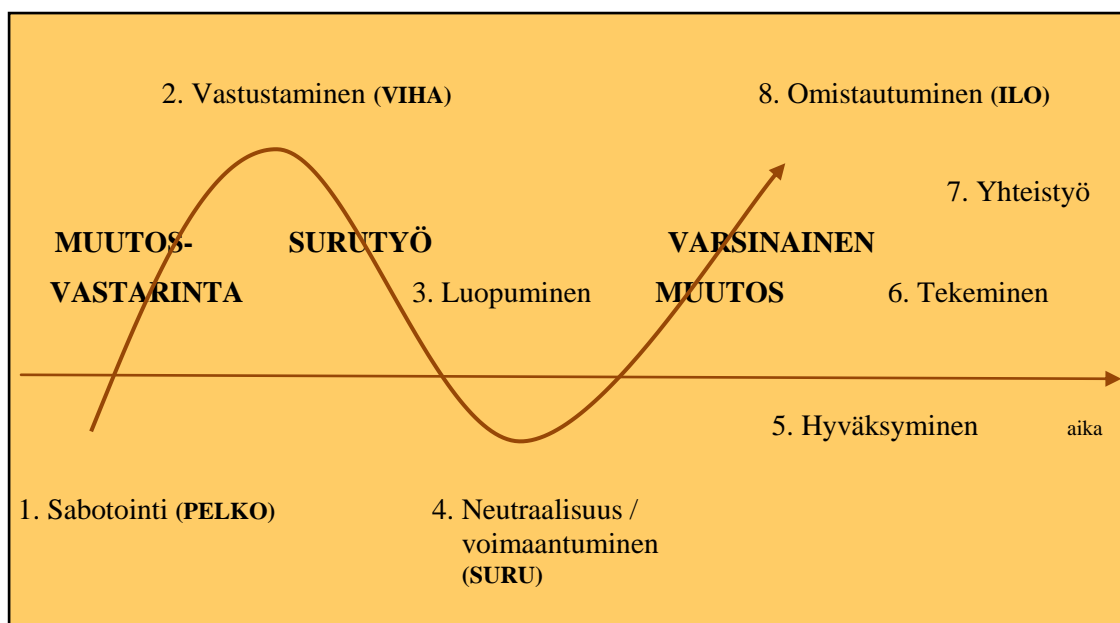
Onnistunut muutos tarvitsee hyvän muutosjohtajan lisäksi motivoituneen ja muutosprosessiin sitoutuneen henkilökunnan. Arikoski ja Sallinen (2007, 69) esittelevät teoksessaan muutosajan kolme perusvaihetta, joiden kautta työntekijä muutosprosessissaan etenee (kuva 4). Muutos lähtee liikkeelle muutosvastarinnasta, etenee surutyöhön eli vanhasta poisoppimiseen ja lopulta päättyy varsinaisen muutoksen toteuttamiseen eli uuden oppimiseen (Arikoski & Sallinen 2007, 68).

Muutosvastarinnan aalto herättää työntekijässä vahvoja pelon tunteita, joka saattaa vastustamisen myötä kypsyä vihoitteluksi ja vihanpurkauksiksi. Tässä vaiheessa työryhmä kritisoi näkyvästi tulevaa muutosta ja ilmaisee, ettei ole vielä valmis johdon esittämiin toimiin. Valveutunut esimies ei hätkähdä työryhmän vahvaa suhtautumista, vaan uskaltautuu lähelle henkilökuntaa, kuuntelee, perustelee ja on kaikkien käytettävissä. Muutoksen toisessa vaiheessa, surutyön eli vanhasta poisoppimisen ja vanhasta luopumisen vaiheessa työntekijän viha-uhma-tunne muuttuu suruksi. Suruvaiheessa

työntekijälle tulee antaa aikaa ja kärsivällisyyttä. Tässä vaiheessa esimies voi kouluttaa henkilökuntaa, asettaa jo tavoitteita, mutta ennen kaikkea kannustaa henkilökuntaa yhteisen hyvän tekemiseen. Kolmantena vaiheena muutoksen varsinainen toteutuminen on hyväksyvää uuden oppimista ja vanhojen tapojen unohtamista. Henkilökunta tuntee iloa huomatessaan muutoksen tuovan mielekkyyttä. Vaikka muutoksen suunta on nyt positiivinen, tulee esimiehen pysyä vahvasti mukana työntekijöiden arjessa kannustaen, kiittäen ja edelleen ohjaten. (Arikoski & Sallinen 2007, 68 - 70; Mattila 2007, 19.)

Arikoski ja Sallinen (2007, 71) ovat yhdistäneet edelliseen kolmen vaiheen muutos-aaltomalliin (kuva 4) sosiaalipsykologi Kurt Lewinin seuraavat kahdeksan sitoutumisen astetta:

- sabotointi
- vastustaminen
- luopuminen
- neutraalius / voimaantuminen
- hyväksyminen
- tekeminen
- yhteistyö
- ja omistautuminen.



Kuva 4. Muutoksen kolme päävaihetta ja kahdeksan sitoutumisen astetta (mukailen Arikoski & Sallinen 2007, 69, 71)

Työntekijän sitoutumisen kehittyminen muutokseen alkaa pinnan alla kytevällä sabotoinnilla. Sabotointi on jo itsessään kannanotto, jolla on kielteinen vaikutus ympäristöön ja muutostoimintaan. Esimies pystyy vaikuttamaan sabotointiin avoimuudella ja riittäväällä tiedottamisella. Muutoksen vastustaminen on näkyvää toimintaa. Työntekijät vastustavat tilannetta avoimesti. Esimiehen tulisi kyetä erottamaan perusteeton kritiikki ja keskittyä vastaamaan vain perusteltuun kritiikkiin. Vastustamisesta huolimatta muutosaalto etenee, ja työntekijän on pakko luopua vastarinnasta. Hän näkee tulevaisuuden epävakana ja epämääräisenä, saattaa lamaantua ja vaipua olotilaan, jossa menettää tarmonsaa työntekoon. Työntekijä ei onnistu vielääkään löytämään muutoksen positiivista merkitystä. Tämän neutraalin välinpitämättömyyden jälkeen alkaa hidas voimaantuminen. Työntekijän usko tulevaisuuteen voimistuu, jolloin hän alkaa varovaisesti uskoa, että muutos on oikea vaihtoehto. Hiljainen hyväksyminen muuttuu ajan kanssa positiiviseen muutoksesta puhumiseen sekä uuden toteuttamiseen. Toiminta on vielä satunnaista yksin tekemistä. Hyväksymisen ja tekemisen vaiheessa esimiehen tulisi koota yksittäiset tekijät yhteen ja kannustaa heitä yhteistyöhön. Kun useimmat työntekijät huomaavat muutoksen tuoman hyödyn, voivat työryhmän jäsenet kukin omalla tavallaan osoittaa omistautumista uuden toiminnan toteuttamiselle. (Arikoski & Sallinen 2007, 72 - 78.)

3 IKINÄ-TOIMINTAMALLI

Iäkkään kaatuminen johtuu tavallisesti useammasta kuin yhdestä tekijästä. Vaaratekijöillä (kuva 5) on vaikutusta toisiinsa ja yhdessä niiden kaatumisvaaraa lisäävä vaikutus on suuri. Useimpiin vaaratekijöihin on mahdollista vaikuttaa ennaltaehkäisevästi. Kaatumisvaaran arvioinnin perustana on iäkkään henkilön yksilöllisten kaatumiselle altistavien vaaratekijöiden tunnistaminen. (Pajala 2012a, 15; Fysioterapiasuositus, 10.)

Kaatumisten riskien tunnistaminen ja syihin pureutuvan intervention on todettu tehokkaasti vähentävän kaatumistapaturmia. Iäkkään liikkumisen rajoittamista ja pitkää vuodelepoa tulee välttää, koska sen on todettu aiheuttavan enemmän haittaa kuin hyötyä. Koska lyhytkin vuodelepo vähentää iäkkään lihasvoimaa ja siten lisää kaatumisten mahdollisuutta, on esimerkiksi iäkkään sairaalapotilaan päivittäinen liikuntaharjoittelu aloitettava välittömästi kun iäkkään terveydentila sen sallii. (Pajala 2012a, 126; Rubenstein, Josephson, & Robbins 1994.) Myös Vaapion (2009, 25) tutkimukseen sisältyvän kirjallisuuskatsauksen perusteella yksilöllisesti suunnitellut ja riski-

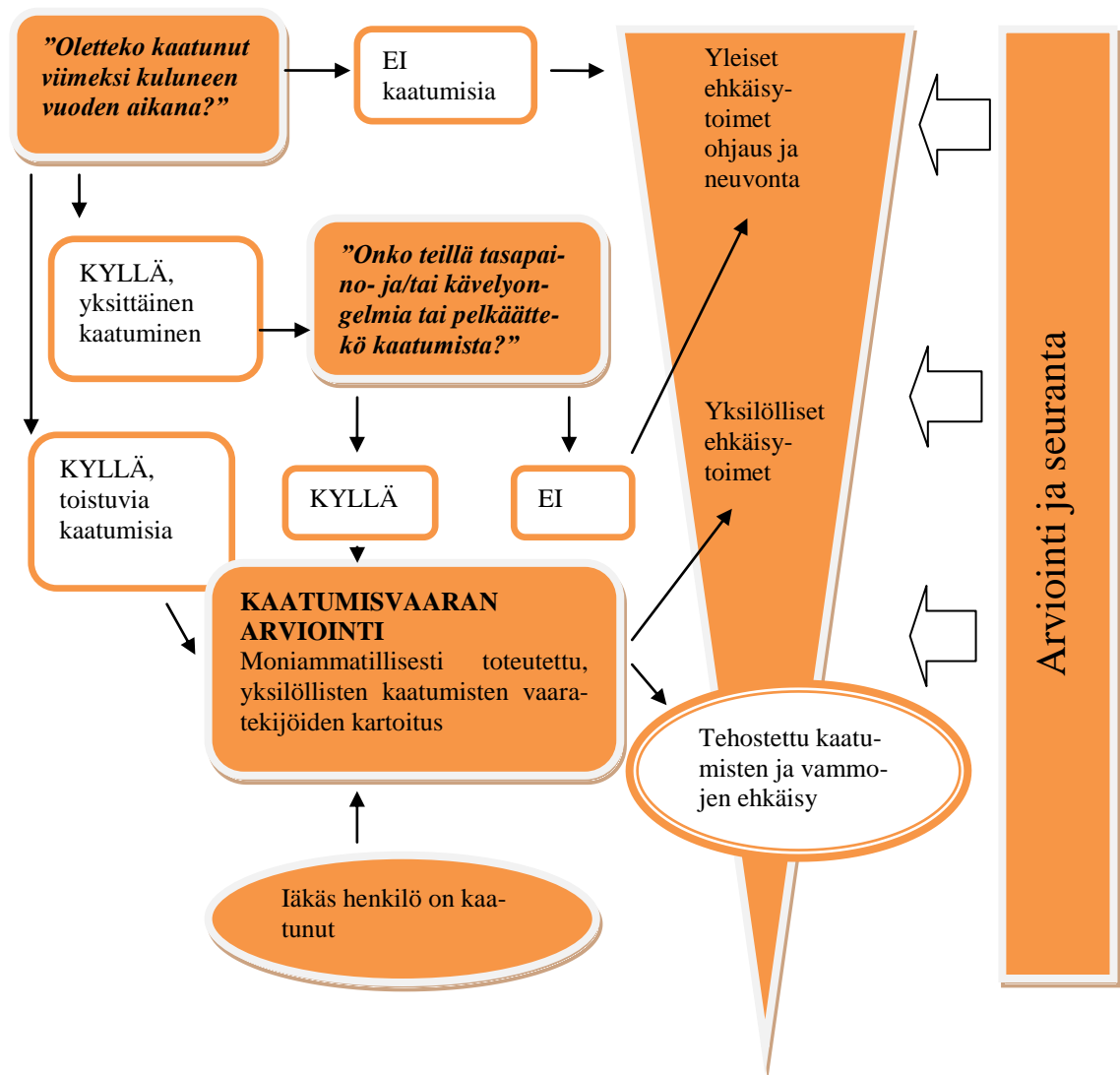
ryhmiin kohdistuvat monitekijäiset (yhtäaikaaisesti useaan osatekijään suunnatut) ohjelmat vähentävät tai estävät iäkkäiden kaatumisia. Kaatumisia vähentävät myös yksitekijäiset toiminnot kuten lääkesaneeraus tai lihas- ja tasapainoharjoitukset. Yksitekijäiset toiminnot on todettu olevan kustannustehokkaampia kuin monitekijäiset.

Iäkkäät henkilöt eivät useinkaan ole tietoisia siitä, että kaatumisriskin huomattava vähentäminen on mahdollista. Monilla on käsitys, että kaatumisten ehkäisytoimet tarkoittavat lisääntyviä rajoituksia tai merkittäviä elinympäristön muutoksia. Sekä ikään-tyneet henkilöt itse että terveydenhuollon ammattilaiset voivat vähentää kaatumisriskiä ja siten estää kaatumisesta aiheutuvia seurauksia. (World Health Organization 2007, 17 - 22.)

	Sisäiset vaaratekijät	Ulkoiset vaaratekijät	Tilanne- ja käyttäytymistekijät
Vaaratekijät, joihin ehkäisyn keinoin ei voida vaikuttaa	Ikä Sukupuoli Etnisyys Perinnölliset sairaudet Aiemmat kaatumiset		
Vaaratekijät, joihin ehkäisyn keinoin voidaan vaikuttaa	Sairaudet Heikentynyt muisti ja kognitiot Heikentynyt toiminta- ja liikkumiskyky Alentunut tasapainokyky ja lihasvoima Kaatumispelko Aistien puutokset Inkontinenssi	Lääkkeet ja niiden sivu- ja haittavaikutukset Monilääkitys tai epäsopeva lääkitys Kodin vaaranpaikat Vaaranpaikat ja vaaratilanteet kodin ulkopuolella Jalkineet	Kiiruhtaminen Huolimattomuus ”Turhien” riskien ottaminen Liiallinen varovaisuus Omien voimavarojen yli- tai aliarviointi Väsymys, vireystila Energiataso, neste-hukka

Kuva 5. Kaatumisten vaaratekijät (Pajala 2012a, 16)

IKINÄ-toimintamalli (kuva 6) kuvaa kaikkiin toimintaympäristöihin soveltuvan yhteisen, systemaattisen ja moniammatillisen iäkkäiden kaatumistapaturmien ennaltaehkäisyyn kehitetyn toimintapolun. Prosessi lähtee liikkeelle kun terveydenhuollon ammattilainen tapaa iäkkään ja kysyy häneltä ”Oletteko kaatunut viimeisen 12 kuukauden aikana?” Vastauksen mukaan IKINÄ-toimintamalli ohjaa tarvittaviin jatkotoimiin. (Pajala 2012a, 15 - 18.)



Kuva 6. IKINÄ-toimintamalli (Pajala 2012a, 16)

Jos iäkäs ei ole kaatunut aikaisemmin eikä keskustelussa tule esille kaatumispelkoa, annetaan neuvoja ja ohjeita itsenäiseen kaatumistapaturmien ennaltaehkäisyyn. Säännöllinen liikunta, lihasvoimaharjoittelu sekä terveellisten elämäntapojen noudattaminen ovat tärkeimmät ohjauksen painopistealueet. Iäkkäälle henkilölle, jolla on tasapainovaikeuksia, pelkää kaatumista tai on kaatunut aikaisemmin, on suositeltavaa teh-

dä joko kotona asuvan iäkkään lyhyt kaatumisvaaran arviointi FROP- Com Screen (Falls Risk for Old People) tai sairaala- ja hoivakotiympäristöön tarkoitettu lyhyt kaatumisvaaran arviointi FRAT (Falls Risk Assessment Tool). Laaja kaatumisvaaran arviointi on hyvä tehdä mahdollisimman nopeasti henkilölle, joka kaatuu sairaalassa tai hoivakodissa, on kaatunut useita kertoja viimeisen vuoden aikana tai tulee kaatumisen vuoksi lääkärin vastaanotolle. Laajaan arviointiin kehitetty mittari sopii sekä kotona asuvan iäkkään että sairaala- ja hoivahoidossa olevien henkilöiden kaatumisvaaran kartoittamiseen. (Pajala 2012a, 17, 106 - 107.) Laaja kaatumisvaaran arviointi sisältää osa-alueet kaatumishistorian, kaatumisen pelon, jalkojen ja jalkineiden, lääkityksen, sairauksien, aistitoimintojen, muistin, inkontinenssin, ravitsemuksen ja alkoholinkäytön, mielialan, avun tarpeen, toimintakyvyn, kävelyn, ympäristön, liikuntaaktiivisuuden ja oman toiminnan arvioinnin kartoittamista varten. Arvioinnissa voidaan hyödyntää erilaisia mittareita ja testejä esimerkiksi kaatumispelkokyselyä FES-I-FIN (Falls Efficacy Scale Internatioal), GDS-15-testiä (myöhäisiän depressioseula) mielialan kartoittamiseen, MMSE-testiä (Mini-mental state examination) muistin testaamiseen tai ravitsemustilan arviointiin käytettävää MNA-testiä (Mini Nutritional Assessment). (Pajala 2012a, 149 - 152.)

Resurssien kannalta on järkevää jakaa kartoittaminen usealle ammattiryhmälle. Moniammatillinen arviointi takaa kattavan ja luotettavan arvion. Jos arviointia tekee yksi henkilö, tulee arviointiprosessin aikana konsultoida muita ammattiryhmiä esimerkiksi ravitsemustestiä tehdessä ravitsemusterapeuttia tai toimintakykytestiä tehdessä fysioterapeuttia. Arvioinnin ja mittausten tulokset kirjataan asianmukaisesti testauslomakkeille ja potilastietojärjestelmään. Testitulosten perusteella laaditaan iäkkäälle kaatumisen ehkäisyn toimintasuunnitelma, johon kirjataan testitulokset, tarvittavat toimenpiteet ja suunnitelma siitä, kuinka kaatumisen ehkäisyn toteutumista ja vaikutavuutta seurataan ja arvioidaan. Koska kaatumisten määrä ei aina vähene nopeasti, on tärkeää arvioida tehtyjen toimenpiteiden onnistumista ja tarvittaessa muuttaa tehtyjä suunnitelmia. Tavoitteena on, että iäkkään siirtyessä toimintaympäristöstä toiseen, voidaan vertailla tehtyjä arvioita, hyödyntää aikaisemmin kartoitettuja tietoja ja jatkaa kaatumisen ehkäisyyn tähtääviä toimia saumattomasti. (Pajala 2012a, 17 - 18, 107.)

Kaatumisten ehkäisy on parhaimmillaan ennakointia, jolloin varhaisessa vaiheessa voidaan poistaa tai vähentää kaatumisen riskiä lisääviä tekijöitä. IKINÄ-opas sisältää taustatietoa iäkkäiden kaatumisesta, kaatumisten aiheuttamista vammoista sekä niiden

aiheuttamista kustannuksista. Oppaaseen on koottu laajasti tietoa kaatumisten ehkäisyyn keskeisistä osatekijöistä, liikkumisen ja asumisen turvallisuudesta, kaatumispelon vähentämisestä sekä erilaisten sairauksien aiheuttamien terveysongelmien vaikutuksista kaatumistapaturmiin. IKINÄ-toimintamallin mukainen kaatumisvaaran arviointi perustuu hyviin, käytännössä testattuihin toimintatapoihin ja uusimpaan tutkittuun tietoon. IKINÄ-opas tarjoaa käytännön työvälineitä kaatumisvaaran arviointiin ja ehkäisyyn eri toimintaympäristössä sekä tietoa uusien toimintamallien käyttöönoton ja pysyvän toiminnan tueksi. IKINÄ-oppaan avulla iäkkäiden parissa työskentelevät voivat toteuttaa laadukkaasti kaatumisten ennaltaehkäisyä periaatteita läpi iäkkään palvelu- ja hoitoketjun, ottaa käyttöön uudenlaisia toimintakäytäntöjä ja saavuttaa pysyvän uudenlaisen toimintamallin. Opasta voivat hyödyntää ammattihenkilöstön lisäksi iäkkäät itse, heidän omaisensa ja omaishoitajat. Opas soveltuu myös vanhustenhuollon ammatillisen perus- tai lisäkoulutuksen opetusmateriaaliksi. (Pajala 2012a, 3, 18 - 19.)

4 KAAUTUMISVAARAN ARVIOINTI ERI TOIMINTAYMPÄRISTÖISSÄ

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Ikähoiva-työryhmä suosittelee ympärivuorokautisen hoidon siirtämistä nykyisestä kolmiportaisesta mallista (tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit, terveyskeskusvuodeosastot) yksiportaiseen ympärivuorokautisen hoidon järjestelmään. Muutoksen perusteina mainitaan hoidon portaiden välillä tapahtuvien siirtojen minimointi sekä iäkkään ihmisen oikeus arkeen ja kotiin silloinkin, kun terveydentila ja heikentynyt toimintakyky vaativat ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa. Yksiportainen järjestelmä mahdollistaa asiakkaan toimintakyvyn heikentyessä asuin- ja hoitoympäristön säilymisen ennallaan (STM 2011, 3, 24.)

Kaatumisten ehkäisy vaatii jatkuvaa kehittämistyötä. Tärkeä osa kehittämistyötä on jo tapahtuneista kaatumisista tehtävä selvitys (Pajala 2012a, 124). Kotkan kaupungin hoiva-asumisen yksiköissä sekä sairaalavuodeosastoilla seurataan vaara- ja haittatapahtumia sekä tapaturmia HaiPro-ohjelman avulla (Helin 2013). HaiPro on tietotekniikkaa hyödyntävä potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenetelmä, jonka avulla työyksiköt voivat kehittää toimintaansa sekä parantaa potilasturvallisuutta hyödyntämällä vaaratapahtumista ilmoitetut tiedot. HaiPro-ohjelma parantaa terveydenhuollon johdon tietoisuutta haittatapahtumista ja mahdollistaa niiden ennaltaehkäisyä tehostamisen ja tarvittavien toimenpiteiden suunnittelun. (Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2012.)

4.1 Hoiva-asuminen

Pajalan (2012a, 122) mukaan kaatumisten ehkäisyyn tulee olla osa iäkkäiden hyvää hoitoa ja hoivaa. Iäkkäiden hoivapalveluita suunniteltaessa on kaatumisten ehkäisyyn varattava riittävästi toiminta- ja henkilöstöresursseja. Kotkan kaupungin vanhustenhuollon palvelualueen hoivapalveluiden toimintakulttuurin lähtökohtina ovat voimavaralähtöisyys ja suunnitelmallisuus. Asiakkaiden yksityisyyden ja aktiivisen osallistumisen mahdollistavat tarkoituksenmukainen toimintaympäristö sekä vanhustyöhön sitoutunut, ammattitaitoinen henkilökunta. (Kotkan kaupunki, 2013a.)

Iäkkään riski kaatua on erityisen suuri ensimmäisten hoivakotiin muuton jälkeisten viikkojen aikana. Muutosvaiheessa kaatumisvaaraa lisäävät uusi ympäristö ja iäkkään terveydentila, erityisesti heikentynyt kognitio tai muistisairaus. On tärkeää tehdä ensimmäisen vuorokauden kuluessa lyhyt kaatumisvaaran arviointi ja aloittaa välittömästi arvioinnissa havaittujen vaaratekijöiden poistaminen tai vähentäminen. Korkean kaatumisvaaran omaaville iäkkäille tulee tehdä laaja kaatumisvaaran arviointi ensimmäisten 1 - 3 päivän kuluessa hoivakotiin muuton jälkeen. Kaatumisten tehokkain ehkäisy tavoitetaan toimilla, jotka perustuvat yksilölliseen kaatumisvaaran arviointiin sekä arvioinnissa esille tulleiden vaaratekijöiden poistamiseen. Henkilökunnan osaamista ja tietämystä on pidettävä yllä jatkuvien koulutuksien ja uudet työntekijät on perehdytettävä kaatumisten ehkäisyyn käytäntöihin ja toimintatapoihin. (Pajala 2012a, 122 - 124.)

4.2 Sairaala

Sairaalassa tapahtuvia kaatumisia voidaan ehkäistä monitekijäisillä interventioilla jopa 30 %. Kaatumisten ehkäisytoimien käyttöönottoa haittaavia tekijöitä on esimerkiksi rauhoittavien lääkkeiden käyttö, liikkumisen rajoittaminen sekä potilaiden jättäminen vuoteeseen. Ehkäisytoimien käyttöönoton menestymistä puolestaan edesauttaa johdon tuki, lähijohdon sitoutuminen, moniammatillisuus, pilotti-interventiot, henkilökunnan koulutus ja asenteiden muutos sekä kaatumistietojen kirjaamiseen käytetty teknologia. (Miake-Lye, Hempel, Ganz & Shekelle. 2013, 390.)

Iäkkään kaatumisvaara on erityisen suuri sairaalaan tulovaiheessa. Kaatumisriskiä lisäävät usein akuutit sairaudet, heikentynyt yleiskunto ja sekavuus. Turvallisen hoitajakson edellytyksenä on, että hoitohenkilöstö tunnistaa hoidon turvallisuutta vaaranta-

vat tekijät ja noudattavat sovittuja ohjeita ja käytäntöjä. Kaikkien potilaiden kaatumisvaaraa tulisi arvioida FRAT-mittarilla, tarvittaessa tehdään laaja kaatumisvaaran arviointi. Jotta kaikki hoitoon osallistuvat muistaisivat huomioda potilaan kaatumisriskin, tulisi tieto kaatumisalttiudesta merkitä sovitulla tavalla esimerkiksi sängyn päädyssä olevaan korttiin. Kaatumisriskin arviointiin perustuvia ehkäisytöitä toteutetaan yhteistyössä kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien sekä omaisten avulla yhteistoiminnalla. Arviointi uusitaan aina ennen potilaan siirtymistä toiseen hoitopaikkaan tai kotiin. Arvioinnin tulosten sekä jatkotoimenpiteiden suunnitelman tulisi siirtyä potilaan mukana. (Pajala 2012a, 125 - 126.)

5 KÄYTTÖÖNOTTOPROSESSIEN KUVAUS TUTKIMUSYMPÄRISTÖISSÄ

Kyselytutkimukseen osallistuivat Kotkan kaupungin vanhustenhuollon hoiva-asumisen yksikkö sekä kaksi Karhulan erikoislääkärijohtoisen terveystieteiden keskuksen vuodeosastoa. Näissä yksiköissä IKINÄ-toimintamallin käyttö on aloitettu.

5.1 Hoivakoti

Hoiva-asumisella tarkoitetaan asumismuotoa, joka mahdollistaa paljon apua tarvitseville asiakkaille ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan. Hoiva-asuminen on suunnattu henkilöille, jotka eivät tarvitse sairaalatasoista palvelua, mutta eivät pärjää kotona kotihoitoon turvin. (Hoiva-asumisen toimintamalli Etelä-Kymenlaakson kunnille 2012, 8.)

Tutkimuksessa mukana on Kotkan kaupungin vanhustenhuollon palvelualueen 61-paikkainen hoiva-asumisen yksikkö, jossa on neljä 15 - 16 asukkaan pienkotia. Jokaisella asukkaalla on oma huone, johon kuuluu wc- ja suihkutila. Huoneen kalustukseen sisältyy sähkökäyttöinen sänky, muuten asukkaat kalustavat huoneet haluamallaan tavalla. Yhteiskäytössä ovat oleskelutilat, sauna ja aidattu esteetön piha-alue. Yksikkö on profiloitunut muistisairaiden hoitoon. Henkilökuntaan kuuluu 32 lähi- ja perushoitajaa (joista yksi toimii virikeohjaajana), viisi sairaanhoitajaa, fysioterapeutti ja osastonhoitaja. Yksikössä työskentelevät myös sosiaalityöntekijä, toimistos sihteeri ja laitoshuoltaja. Lääkäripalvelut hankitaan yksityiseltä palveluntuottajalta. Aamuvuorossa jokaisessa kodissa työskentelee yleensä kolme hoitajaa, iltavuorossa kahdesta kolmeen hoitajaa. Tavoitteena on, että kahden kodin yhteisvahvuus aamu- ja iltavuoroissa

olisi vähintään viisi hoitajaa. Yövuorossa koko taloa valvoo kaksi hoitajaa. (Helin 2013.)

Vaikka hoiva-asumisen yksikössä on kiinnitetty erityistä huomiota tilojen toimivuuteen, esiintyy toimintaympäristössä ulkoisia kaatumisriskiä lisääviä seikkoja kuten kynnyksiä ja itsestään sulkeutuvia palo-ovia. Asukashuoneiden ahtaus, apuvälineiden säilytykseen liittyvät ongelmat sekä pesutilojen lattioiden ajoittainen liukkaus lisäävät osaltaan kaatumisriskiä. Kaikki hoivakodin asukkaat ovat iäkkäitä ja jokaiselle on mahdollisten muiden sairauksien lisäksi diagnosoitu jokin muistisairaus. Sairauksien lisäksi asukkaiden kaatumisriskiä lisääviä tekijöitä ovat monilääkitys, heikentynyt ravitsemustila, nestetasapaino, huono lihasvoima ja heikentynyt tasapaino.

Tutkimukseen valittu hoiva-asumisen yksikkö aloitti 21.5.2012 IKINÄ-toimintamalliin perehtymisen osastotunnilla. Osastotunnin jälkeen jokaiselle asukkaalle tehtiin lyhyt kaatumisvaaran arviointi. Arvioinnit teki hoivakodissa lähihoitajana toimiva sisäinen varahenkilö, joka tunsikin kaikki talon asukkaat hyvin. Lisääntyneessä kaatumisvaarassa olevien asukkaiden tilanteet käytiin vielä erikseen läpi kotien palaverissa ja mietittiin yhdessä turvallisuuden lisäämisen vaihtoehtoja. Fysioterapeutti oli mukana pohtimassa jatkotoimia. Asukkaille hankittiin yksilöllisten tarpeiden mukaan lonkkahousuja ja liikkumisen apuvälineitä. Tilojen turvallisuutta parannettiin lisäämällä yövaloja sekä muuttamalla kalustejärjestelyjä. Henkilökunnan tietoisuus kaatumisvaaran lisääntymisestä tiettyjen asukkaiden kohdalla lisäsi hoitajien valppautta seurata asukkaiden liikkumista ja apuvälineiden käyttöä. Kaatumisvaarasta muistuttavat pisteet kirjattiin sähköisen potilastietojärjestelmän etusivulla olevaan muistettavaa-laatikoon. Yksiköissä ei ole kuvattuna IKINÄ-toimintamallia eikä kaatumisvaaran arvioinnin jatkotoimenpiteistä ole kirjallista suunnitelmaa. Kehittämistyö on tällä hetkellä ”lepovaiheessa”. (Helin 2013.)

5.2 Sairaalan vuodeosasto

Tutkimuksessa on mukana kaksi erikoislääkärijohtoisen terveystieteiden sairaalan vuodeosastoa. Terveystieteiden sairaala tuottaa kuntalaisille perusterveydenhuollon sairaalaja avosairaanhoidon palveluja sekä toteuttaa hoidonporrastusta erikois- ja perussairaanhoidon välillä. Sairaalan toiminta on ympärivuorokautista jatkohoitoon ja kuntoutukseen painottuvaa akuuttihoitoa. Kukin viisi vuodeosastoa on profiloitunut tietyille erikoisalueelleen: akuuttihoito, päivystystä tukeva toiminta, neurologinen kuntoutus,

raskaan ortopedisen kirurgian jatkohoito, sisätaudit ja infektiot sekä syöpätaudit / saat-tohoito. (Kotkan kaupunki 2013b; 2013c.)

Tutkimuskohteena oleva akuuttiluonteinen ortopedinen jatkokuntoutusosasto oli IKI-NÄ-toimintamallin käyttöönoton alkaessa erikoistunut lonkka- ja polvileikkauksien sekä erilaisten murtumien jatkohoitoon ja -kuntoutukseen. Terveyspalvelujen uudelleenjärjestelyjen myötä yksikön luonne muuttui vuoden 2013 aikana. Osastolla on 20 potilaspaikkaa. Osaston moniammatilliseen työryhmään kuuluvat osastonlääkäri, osastonhoitaja, seitsemän sairaanhoitajaa, kuusi lähi- tai perushoitajaa sekä osastonsihtööri. Aamuvuorossa henkilökuntavahvuus on neljästä viiteen hoitajaa ja iltavuorossa kolme hoitajaa. Osaston toimintaa valvoo yöaikaan yksi hoitaja. Lisäksi osaston toimintaa tukevat fysioterapeutti sekä kotihoidon edustaja. (Pitkänen 2013.)

Toinen tutkimuksessa mukana oleva 20-potilaspaikkainen vuodeosasto on erikoistunut neurologisten potilaiden jatkokuntoutushoitoon. Aivoverenkiertohäiriöpotilaat muodostavat suurimman potilasryhmän. Osastolla hoidetaan myös muistitutkimusten ja -lääkityksen aloitukseen tulevia potilaista. Yksikkö tekee läheistä yhteistyötä keskussairaalan neurologian osaston ja terveyskeskussairaalan muistipoliklinikan kanssa. Osaston henkilökuntaan kuuluvat osastonlääkäri, seitsemän sairaanhoitajaa, seitsemän lähi- tai perushoitajaa, osastonsihtööri, fysioterapeutti ja kuntohoitaja. Henkilökuntavahvuus aamuvuorossa on viisi hoitajaa ja iltavuorossa kolme hoitajaa. Yksi hoitaja valvoo osaston yötoimintaa. Osastolla on lisäksi käytettävissä sosiaalityöntekijä ja puheterapeutti. (Järvenpää 2013.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Ehkäise tapaturmat -hankkeen IKINÄ-toimintamallin mukainen kehittämisprosessi toteutettiin terveyskeskussairaalan kahden vuodeosaston yhteishankkeena. Ensimmäinen alustava keskustelu IKINÄ-toimintamallin käyttöönotosta käytiin keväällä 2012. Suunnitteluvaihe käynnistettiin lokakuussa 2012 molempien osastojen henkilökunnalle tarkoitetulla informaatio- ja motivointitilaisuudella. Koulutuspäivän tarkoituksena oli herättää positiivisia ajatuksia IKINÄ-toimintamallin hyödyistä kaatumistapaturmien ehkäisyssä. Henkilökunnan motivaatiota heräteltiin erilaisilla luennoilla, muun muassa luottamuksen merkityksestä ja yksittäisen henkilön roolista työyhteisössä, sekä raporteilla muista jo läpiviedyistä IKINÄ-hankkeista. Vielä tällöin hankkeen paikallisena koordinaattorina ja päähenkilönä toimi TtM Anne Heikkilä Kotkan terveydenedistämisenyksiköstä. Koulutus-

päivän aikana henkilökunnan keskuudesta valittiin avainhenkilöiden ryhmä. Ryhmään kuului sairaanhoitajia, lähihoitajia sekä fysioterapeutti. Molempien tutkimusyksiköiden avainhenkilöt kokoontuivat koko hankkeen ajan säännöllisiin kehittämispalaverihin. Palaverissa sovittiin yhteisistä hanketta eteenpäin vievistä pelisäännöistä sekä tarpeellisista toiminnan muutoksista ongelmatilanteissa. Ennen virallista hankkeen alkamista, 1.1.2013, henkilökunnan osaamista tuettiin yksiköissä pidettävin osastotunnein.

Työryhmissä sovittiin muun muassa kaatumisriskin arvioinnista käytännössä, kirjaamistavoista sekä fysioterapeuttien vastuualueista. Osastoilla kaatumisvaaran riskiä kuvaavan FRAT-mittarin pisteet sovittiin kirjattavan Efficapotilastietojärjestelmän HOIPIS-sivulle. Fysioterapeuttien kirjaukset potilaiden suorituskyvyn tuloksista päätettiin kirjata potilastietojärjestelmän FYS- sekä HOIPIS-sivuille. Osastojen yhteistä kirjaamiskäytäntöä tarkennettiin erityisesti, kun potilaalla oli kohonnut tai erittäin korkea kaatumisvaara. Tällöin potilaan sähköiseen hoitokertomukseen luotiin kaatumisvaaralle pysyvä päivittäinen komponentti. Potilaan kohonneen kaatumisvaaran riski haluttiin näkyviin myös arjen hoitotyöhön. Tähän henkilökunta kehitti oman merkintäjärjestelmän potilasnimitauluille sekä potilasvuoteiden nimitaskuihin. FRAT-mittarin rinnalla hankeosastoilla käytettiin MMSE-testiä sekä AUDIT-C-testiä (Alcohol Use Disorders Identification Test), jolla mitataan riskijuomista ja alkoholihaittojen varhaista ilmaantumista. Molemmilla tutkimusosastoilla on ollut käytössä jo vuosia HaiPro-raportointijärjestelmä. IKINÄ-toimintamallin vaikuttavuutta haluttiin seurata vaaratapahtumailmoitusten avulla, joten järjestelmän aktiivista käyttöä suositeltiin. (Järvenpää 2013; Pitkänen 2013.)

IKINÄ-kehittämishanke kesti tutkittavilla osastoilla 1.1. - 30.9.2013 välisen ajan. Hankkeen tarkoituksena oli luoda toimintamallit kaatumisvaaran riskien arviointiin kahdelle varsin erityyppiselle potilasryhmälle. Esimiesten mukaan toimintamallin tarkempaan vaikuttavuuden arviointiin on tarkoitus palata myöhempanä ajankohtana. Kaatumisvaaran riskin arviointia osastoilla tehdään tällä hetkellä satunnaisesti henkilökunnan harkinnan mukaan. Osastoilla ei ole sovittuja jatkosuunnitelmia IKINÄ-toimintamallin käytön kehittämiseen. (Järvenpää 2013; Pitkänen 2013.)

6 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TOTEUTUS

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoprosessia ja kyselyn avulla kartoittaa henkilökunnan IKINÄ-toimintamallin käyttöönottovaiheen kokemuksia sekä käyttöön liittyviä asenteita ja tietämystä.

6.1 Tutkimusongelmat

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää kyselyn avulla henkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoprosessin vaiheista sekä käytöstä hoitotyössä. Tavoitteena on saada henkilökunnan erilaisten kokemusten kautta tutkimuksellinen näkökulma, jonka avulla uuden toimintamallin käyttöönottoprosessin onnistumista voidaan parantaa. Tutkimusongelmia lähestymme seuraavilla tutkimuskysymyksillä:

1. Miten henkilökunta on kokenut IKINÄ-toimintamallin käyttöönottovaiheen?
2. Miten henkilökunta kokee IKINÄ-toimintamallin mukaisen kaatumisvaaran arvioinnin onnistuneen?
3. Millaisena henkilökunta kokee IKINÄ-oppaan käytön?

6.2 Tutkimusmetodina kyselytutkimus

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimustapa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on, että tutkimuksella tavoitellaan yleistettävää tietoa laajasta kohderyhmästä sekä pyrkimys olemassa olevan tiedon vahvistamiseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 54, 65).

Kyselykaavakkeessa (liite 2) selvitettiin vastaajien taustatekijöitä monivalintakysymyksin, muu tutkimusaineisto kerättiin standardoidun kyselykaavakkeen avulla. Kun kaikilta vastaajilta kysytään täsmälleen samalla tavalla, on kysely standardoitu. Tutkimuksen strukturoitujen kysymysten sisältö ja järjestys ovat kaikille vastaajille samantaiset, joten aineisto on mahdollista saada nopeasti analysoitavaan muotoon. (Hirsjärvi ym. 2009, 193; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 116.) Kyselyn avulla hankittiin tätä tutkimusta varten välitöntä tietoa tutkimuskohteesta eli primaariaineistoa.

Kyselylomake, tämän tutkimuksen mittausväline, laadittiin luotettavan ja kattavan kirjallisuuskatsauksen perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 113 - 114.)

Mittausvälineenä käytettiin Likertin 4-portaista asteikkoa, jossa esitetyistä väittämistä vastaaja valitsi lähinnä omaa mielipidettään olevan vaihtoehdon. Asteikolle valittiin seuraavat arvot: täysin eri mieltä, osittain eri mieltä, osittain samaa mieltä sekä täysin samaa mieltä. Hirsjärven ym. (2009, 200) mukaan Likertin asteikot ovat tavallisesti 5- tai 7-portaisia. Tästä kyselystä poistettiin neutraali vastausvaihtoehto, koska kaikilla vastaajilla on kokemus kysyttävistä asioista. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi jätettiin avoimet kysymykset pois kyselykaavakkeesta. Avoimien kysymysten vastauksen sisällön kirjavuus saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen ja vaikeuttaa kyselyn käsittelyä. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

6.3 Kyselyn toteutus

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin informoidun kyselyn avulla. Informoitu kysely on kontrolloidun kyselyn muoto, jossa tutkija jakaa kyselylomakkeet henkilökohtaisesti esimerkiksi työpaikalle. (Hirsjärvi ym. 2009, 196.) Kyselylomakkeet vietiin 30.12.2013 tutkittaviin yksiköihin osastonhoitajille ja käytiin läpi tutkimuksen tarkoitusta, tavoitteita sekä aikataulua. Osastonhoitajat jakoivat kyselykaavakkeet tutkimukseen osallistuville henkilöille.

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 66 kappaletta, sairaalan vuodeosastoille 31 kappaletta ja hoivakotiin 35 kappaletta. Saatekirjeessä (liite 1) vastaaja motivoitiin osallistumaan tutkimukseen ja vastaamaan kyselyyn korostamalla tutkimuksen tärkeyttä ja hyödyllisyyttä. Saatekirjeessä kyselylomake ohjeistettiin palauttamaan määräpäivään mennessä suljetussa kirjekuoressa sille osoitettuun palautuskansioon. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Kyselylomakkeiden mukana lähetettävä saatekirje on tärkeä tutkimuksen onnistumiseen vaikuttava tekijä. Tutkittava saattaa tehdä päätöksen tutkimukseen osallistumisesta saatekirjeen sisällön ja vakuuttavuuden perusteella. Saatekirjeen tulee tarjota tutkittavalle riittävästi osallistumispäätöstä helpottavaa tietoa. (Vilka 2009, 152 - 153.)

6.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Kyselytutkimuksen koko aineisto analysoitiin Excel-tilukkolaskentaohjelman avulla. Vastauskaavakkeen muuttujille oli jo suunnitteluvaiheessa annettu numeerinen arvo ja kyselylomakkeet numeroitiin ennen taulukoimista. Kyselylomakkeiden numerointi juoksevilla numerolla mahdollistaa kyselylomakkeen tallennuksen tarkkuuden tarkistamisen jälkikäteen tai varmistaa mahdolliset poikkeavat havainnot. (Vilkka 2009, 90.)

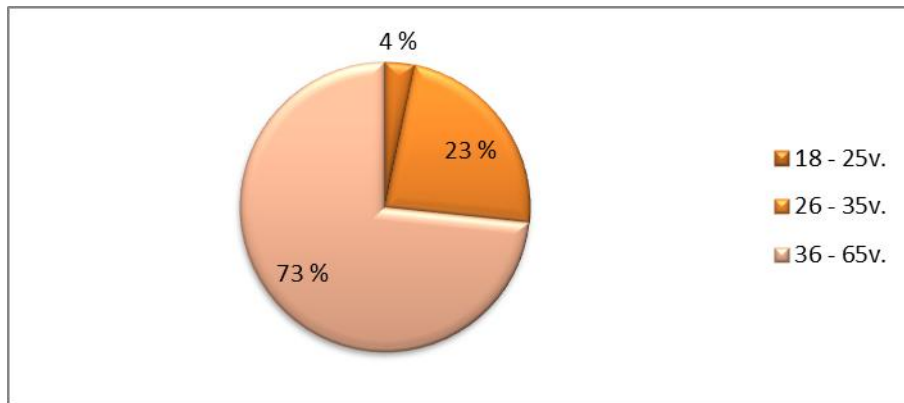
Kaikki vastaukset sijoitettiin laadittuun Excel-tilukkoon ja tuloksia kuvattiin sanallisen analyysin lisäksi diagrammien ja taulukoiden avulla. Päätehmien tekeminen tilastollisten analyysien perusteella ja saatujen tulosten kuvailu esimerkiksi prosenttitaulukoiden avulla on kvantitatiivisen tutkimuksen keskeinen piirre (Hirsjärvi ym. 2009, 140). Tutkimusaineiston ryhmittely taulukkomuotoon tukee määrällisen tutkimuksen tavoitetta perustella muuttujia koskevia väitteitä tilastollisten yhteyksien ja numeroiden avulla. Taulukko eli havaintomatriisi on helpoin tapa käsitellä tutkimusaineiston tietoja numeroiden avulla. (Vilkka 2009, 90.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselykaavakkeita palautettiin määräaikaan mennessä yhteensä 30 kappaletta. Sairaalan vuodeosastojen henkilökunnasta 17 vastasi kyselyyn, hoivakodin henkilökunnasta palautti kyselykaavakkeen 13 henkilöä. Vastausprosentti oli 45,5 %.

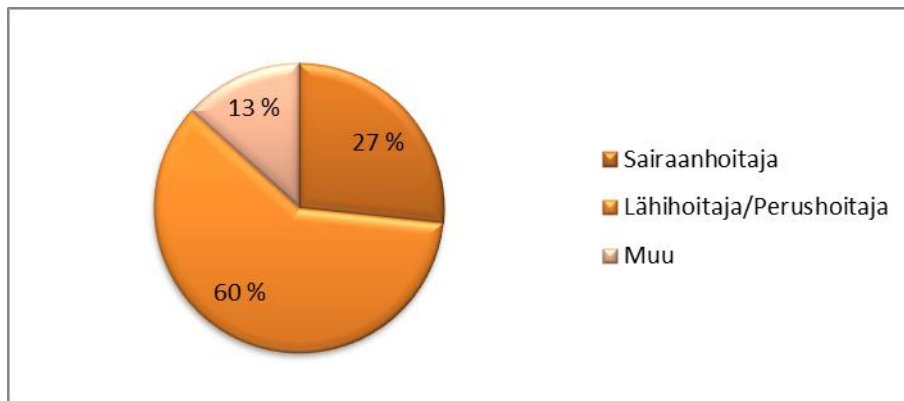
7.1 Taustatekijät

Kyselyn vastaajista (N=30) 73 % kuului ikäryhmään 36 - 65-vuotiaat ja 23 % ikäryhmään 26 - 35-vuotiaat. Vain yksi vastaaja oli 25-vuotias tai nuorempi. (Kuva 7.)



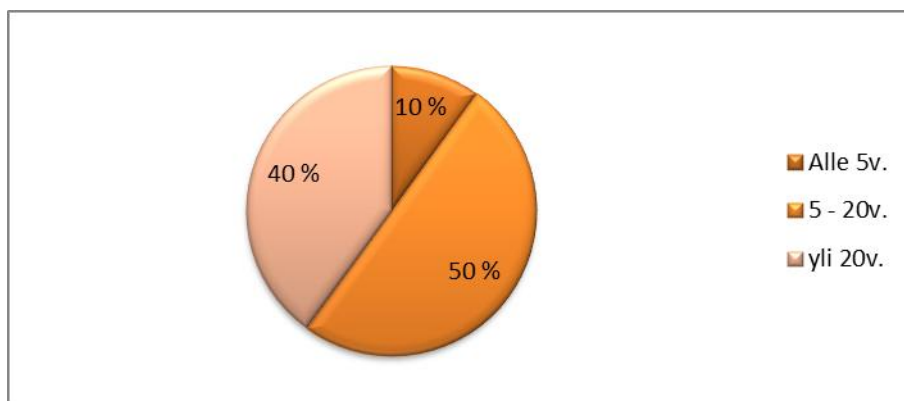
Kuva 7. Kyselyyn vastanneet (N=30) ikäryhmittäin

Vastanneista kahdeksan oli sairaanhoitajia, 18 lähihoitajia tai perushoitajia ja neljä muuhun ammattiryhmään kuuluvaa (lähihoitajaopiskelija, kolme fysioterapeuttia, kuntohoitaja) (kuva 8).



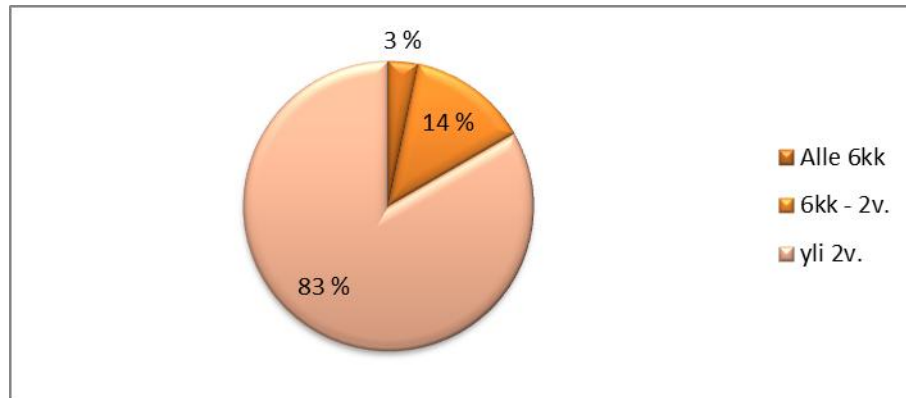
Kuva 8. Kyselyyn vastanneet (N=30) ammattiryhmittäin

Puolella vastaajista oli 5 - 20 vuoden alan työkokemus. Yli 20 vuotta terveydenhuoltoalalla työskennelleitä oli vastaajista 40%. 10 %:lla vastaajista oli alle viiden vuoden työkokemus. (Kuva 9.)



Kuva 9. Vastaajien (N=30) työkokemus

Suurin osa (83 %) kyselyyn vastanneista ilmoitti työskennelleensä tutkittavassa yksikössä yli kaksi vuotta. Alle kaksi vuotta, mutta yli kuusi kuukautta nykyisessä yksikössä oli työskennellyt 14 % vastanneista. Ainoastaan yhdellä vastaajalla (3 %) oli alle puolen vuoden työskentelyaika tutkittavassa yksikössä. (Kuva 10.)



Kuva 10. Vastaajien (N=30) työskentelyaika tässä tutkittavassa yksikössä

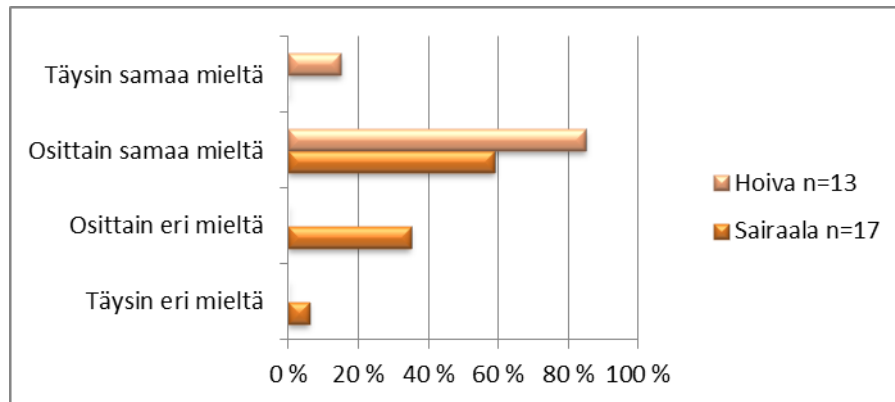
7.2 Muutostarve

Taulukossa 1 on esillä kolme väittämää, joiden avulla selvitettiin henkilökunnan mielipiteitä kenen tarpeeseen IKINÄ-toimintamallin käyttöönotolla vastattiin. Sairaalan henkilökunnasta valtaosa (94 %) oli osittain tai täysin sitä mieltä, että käyttöönotto ei lähtenyt henkilökunnan tarpeesta. Sairaalan henkilökunnan mielipiteet jakautuivat väittämässä, jossa tarve toimintamallin käyttöön lähti potilaasta. Hoivakodin vastaajien mukaan 69 % koki käyttöönoton lähteneen henkilökunnan tarpeesta ja 92 % osittain tai täysin asukkaan tarpeesta. Sekä sairaalan (94 %) että hoiva-asumisen (69 %) henkilökunnasta valtaosa koki, että toimintamalli lähti johdon tarpeesta. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. IKINÄ-toimintamallin käyttöönoton tarve

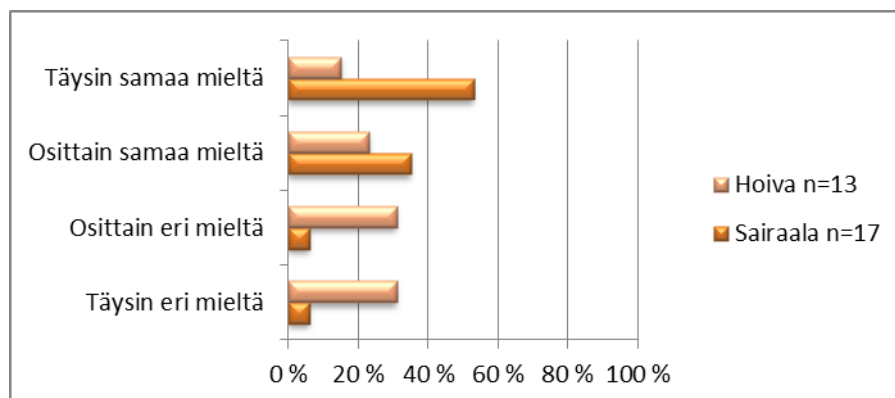
	Täysin eri mieltä		Osittain eri mieltä		Osittain samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva
N=30								
Toimintamallin käyttöönotto lähti henkilökunnan tarpeesta	41 %	23 %	53 %	8 %	0 %	69 %	6 %	0 %
Toimintamallin käyttöönotto lähti potilaan / asukkaan tarpeesta	29 %	8 %	35 %	0 %	24 %	46 %	12 %	46 %
Toimintamallin käyttöönotto lähti johdon esittämän	0 %	0 %	6 %	31 %	53 %	31 %	41 %	38 %

Sairaalan henkilökunnan vastausten mukaan uuden toimintamallin tarvetta omaan työhön koki 59 % vastaajista. Hoivakodin vastaavat tulokset kertoivat, että henkilökunnasta 100 % koki tarvetta uudelle toimintamallille. (Kuva 11.)



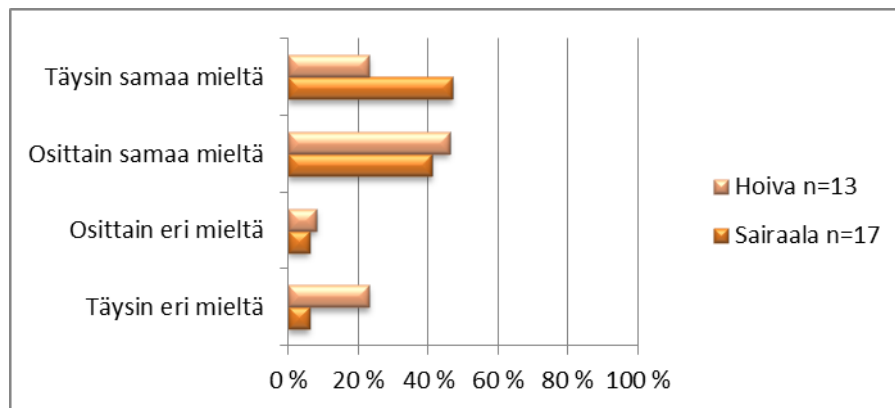
Kuva 11. Työntekijän henkilökohtainen tarve uudelle toimintamallille (N=30)

Sairaalan henkilökunnasta yhteensä 88 % koki osittain tai täysin, että sai ilmaista mielipiteensä toimintamallin tarpeellisuudesta työyksikkönsä käyttöön. Hoivakodin henkilökunnan mielipiteet jakautuivat jokaiselle vastaussektorille. Kuitenkin 62 % koki osittain tai täysin, ettei saanut mahdollisuutta ilmaista mielipidettään toimintamallin tarpeesta työyksikköön. (Kuva 12.)



Kuva 12. Työntekijän mahdollisuus ilmaista uuden toimintamallin tarpeellisuudesta omaan työyksikköön (N=30)

Suurin osa tutkimusyksiköiden henkilökunnasta koki saaneensa riittävästi tietoa IKI-NÄ-toimintamallin hyödyllisyydestä. Sairaalan henkilökunnasta tätä mieltä oli osittain tai täysin yhteensä 88 % ja hoivakodin henkilökunnasta 69 %. (Kuva 13.)



Kuva 13. Työntekijän saama tieto toimintamallin hyödyllisyydestä (N=30)

7.3 Muutossuunnitelma

Taulukoiden 2 ja 3 väittämillä kartoitettiin henkilökunnan tietämystä IKINÄ-toimintamallin käyttöönottosuunnitelmasta. Tutkimusyksiköiden mielipiteet jakautuivat käyttöönoton suunnitelmallisuudesta tasaisesti kolmelle vastaussektorille. Vain yksi vastaaja koki, että käyttöönotto ei toteutunut suunnitelmallisesti. (Taulukko 2.)

Sairaalan sekä hoivakodin henkilökunnan vastaukset jakautuivat kaikille vastaussektoreille selvitetessä oliko vastaaja päässyt tutustumaan toimintamallin käyttöönottosuunnitelmaan. Sairaalan henkilökunnasta 29 % ja hoivakodin henkilökunnasta 23 % ei ollut nähnyt suunnitelmaa lainkaan. Sairaalassa 29 % ja hoivakodissa 23 % oli nähnyt suunnitelman. (Taulukko 2.)

Sairaalan henkilökunnasta 41 % koki osittain tai täysin, ettei saanut vaikuttaa käyttöönottosuunnitelman tekoon. Toisaalta 58 % vastanneista koki samassa tilanteessa, että oli saanut vaikuttaa suunnitelman sisältöön joko paljon tai jonkin verran. Vastavasti hoivakodin henkilökunnasta 77 % koki, että oli saanut vaikuttaa vain vähän tai ei lainkaan suunnitelman tekoon. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Käyttöönottosuunnitelman toteutus

	Täysin eri mieltä		Osittain eri mieltä		Osittain samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
N=30	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva
Toimintamallin käyttöönotto suunniteltiin tarkasti	0 %	8 %	35 %	38 %	29 %	31 %	35 %	23 %
Olen nähnyt toimintamallin käyttöönottosuunnitelman	29 %	23 %	12 %	31 %	29 %	23 %	29 %	23 %
Olen saanut vaikuttaa käyttöönottosuunnitelmaan	29 %	31 %	12 %	46 %	24 %	23 %	35 %	0 %

IKINÄ-toimintamallin käyttöönoton aikataulusuunnitteluun sairaalan henkilökunnasta tyytyväisiä oli 35 % vastaajista ja osittain tyytyväisiä 35 % vastaajista. Hoivakodin henkilökunnasta 53 % oli tyytyväisiä tai osittain tyytyväisiä aikataulusuunnitelmaan. Lisäksi hoivakodin vastaajista 47 % koki tyytymättömyyttä aikataulusuunnitteluun. (Taulukko 3.)

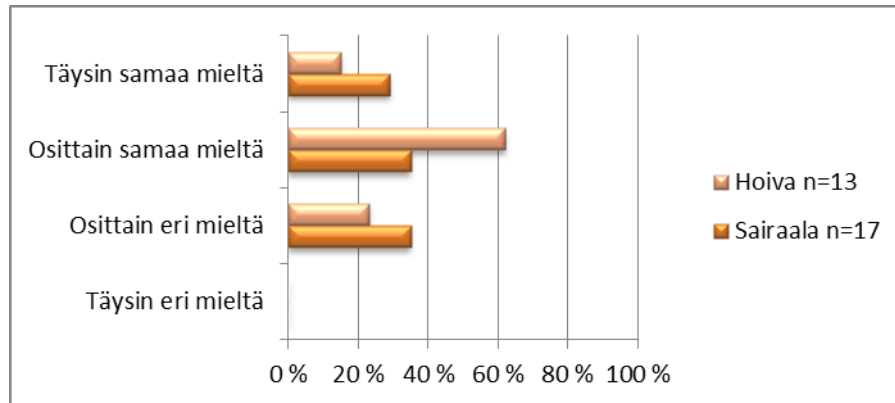
Sairaalan henkilökunnasta 65 % koki tyytymättömyyttä vaikutusmahdollisuudestaan käyttöönoton aikatauluun. Samansuuntaisesti ajatteli 84 % hoivakodin henkilökunnasta. Käyttöönoton aikataulu oli kuitenkin tuttu 77 %:lle sairaalan henkilökunnasta ja hoivakodin puolella 46 %:lle vastaajista. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. IKINÄ-toimintamallin käyttöönoton aikataulu

	Täysin eri mieltä		Osittain eri mieltä		Osittain samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
N=30	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva
Käyttöönoton aikataulu suunniteltiin huolella	0 %	24 %	29 %	23 %	35 %	38 %	35 %	15 %
Sain henkilökohtaisesti vaikuttaa käyttöönoton aikatauluun	47 %	38 %	18 %	46 %	8 %	29 %	8 %	6 %
Olin selvillä käyttöönoton aikataulusta	0 %	38 %	24 %	15 %	18 %	31 %	59 %	15 %

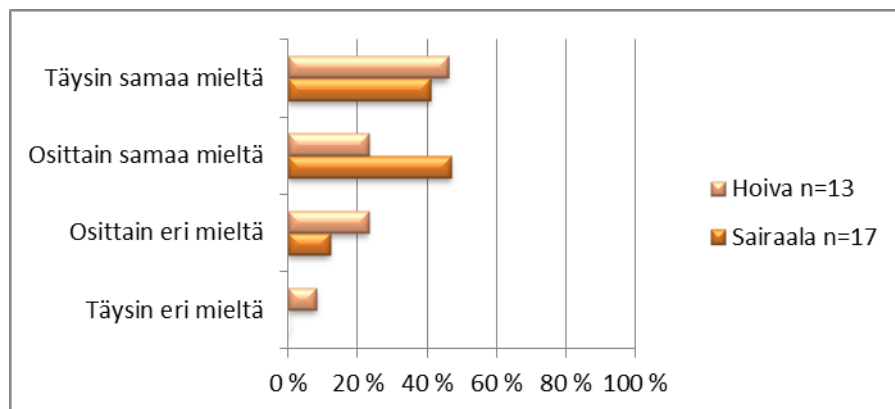
Kuvien 14, 15 ja 16 väittämien avulla kartoitettiin henkilökunnan tietämystä yksikönsä IKINÄ-toimintamallin tavoitteista. Sairaalan henkilökunnasta 64 % ja hoivako-

din henkilökunnasta 77 % kokivat täysin tai osittain, että uudella toimintamallilla oli selkeät tavoitteet työyksiköissä. Kaikista vastaajista (N=30) yhdeksän vastaajan mieltä oli, ettei tutkimusyksiköissä oltu laadittu selkeitä toimintamallin tavoitteita. (Kuva 14.)



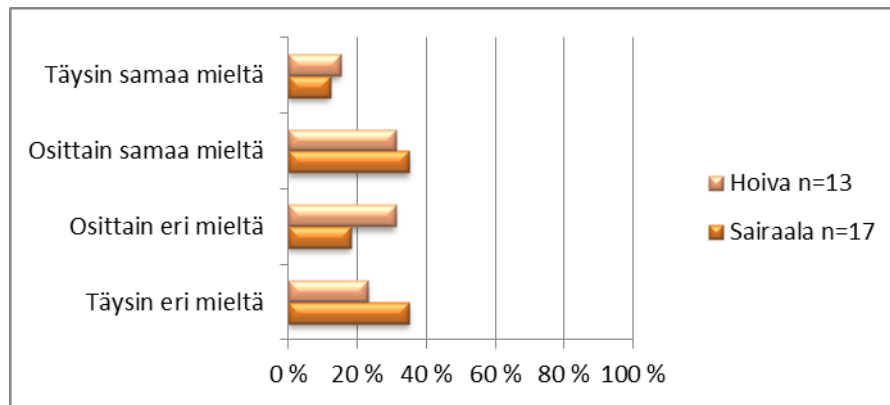
Kuva 14. Tavoitteiden tunteminen omassa työyksikössä (N=30)

IKINÄ-toimintamallin yleiset tavoitteet koki tuntevansa 88 % sairaalan henkilökunnasta ja 69 % hoivakodin henkilökunnasta joko hyvin tai joltakin osin. Sairaalassa ainoastaan 12 % oli sitä mieltä, ettei tuntenut yleisiä tavoitteita. Vastaava luku hoivakodissa oli 31 %. (Kuva 15.)



Kuva 15. IKINÄ-toimintamallin yleisten tavoitteiden tunteminen (N=30)

IKINÄ-toimintamallin tavoitteisiin oli saanut omasta mielestään vaikuttaa sairaalassa 47 % vastaajista ja hoivakodissa 22 %. Sairaalan henkilökunnasta 53 % ja hoivakodin henkilökunnasta 77 % koki, etteivät saaneet vaikuttaa lainkaan tai juurikaan työyksikkönsä toimintamallin tavoitteisiin. (Kuva 16.)



Kuva 16. Työntekijän mahdollisuus vaikuttaa IKINÄ-toimintamallin tavoitteisiin (N=30)

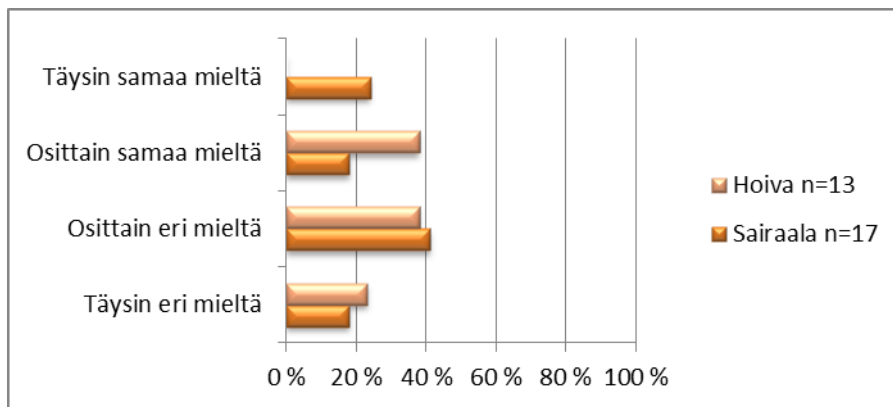
Taulukossa 4 olevien väittämien avulla selvitettiin henkilöstön ja eri ammattiryhmien yhteistyön osuutta IKINÄ-toimintamallin käyttöönotossa. Valtaosa (94 %) sairaalan henkilökunnasta oli sitä mieltä, että työryhmissä oli riittävä edustus työyksikön henkilökunnasta. Hoivakodissa näin ajatteli 31 %. Hoivakodin henkilökunnasta 69 % koki, ettei työryhmissä ollut riittävästi henkilökuntaedustusta. (Taulukko 4.)

Valtaosa tutkimusyksiköiden henkilökunnasta oli sitä mieltä, että IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoprosessia suunniteltiin moniammatillisissa työryhmissä. Sairaalan vastaajista 29 % ja hoivakodin vastaajista 31 % koki, että moniammatillinen työskentely työryhmissä oli heikkoa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Moniammatillisuus työryhmissä

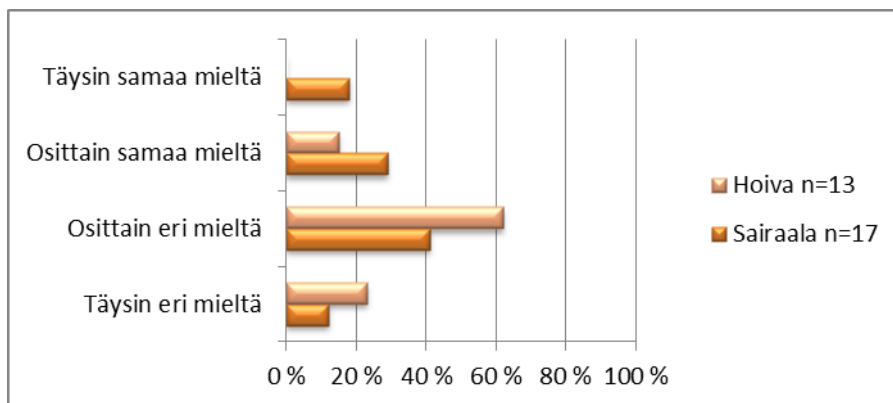
	Täysin eri mieltä		Osittain eri mieltä		Osittain samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva
N=30								
Työryhmissä on riittävä edustus henkilökunnasta	0 %	31 %	6 %	38 %	35 %	31 %	59 %	0 %
Toimintasuunnitelmaa on työstetty moniammatillisissa työryhmissä	0 %	23 %	29 %	8 %	35 %	69 %	35 %	0 %

59 % sairaalan henkilökunnasta ja 61 % hoivakodin henkilökunnasta koki, että heille tarjottu koulutus IKINÄ-toimintamallin toteuttamiseen oli täysin riittämätöntä tai jonkin verran riittämätöntä (kuva 17).



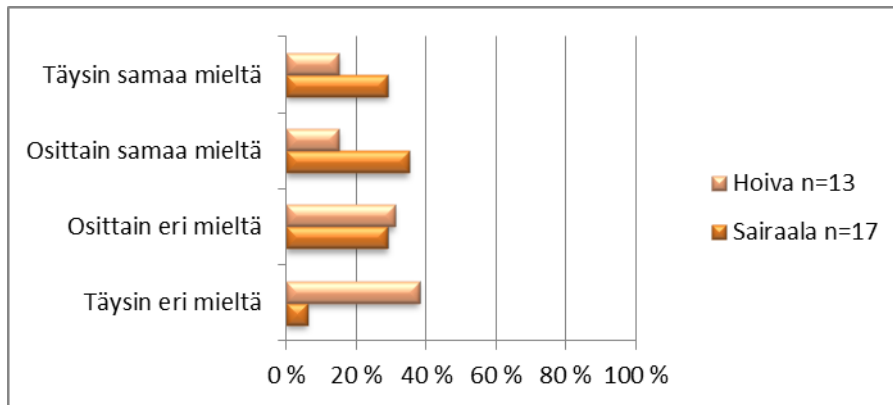
Kuva 17. Työntekijälle tarjottu koulutus IKINÄ-toimintamallin käyttöön (N=30)

Sairaalan henkilökunnan mielipiteet jakautuivat likimain tasan niiden välillä, jotka tunsivat saaneensa riittävästi aikaa IKINÄ-toimintamallin käytön oppimiseen (47 %) ja niiden, jotka kokivat tarvitsevänsä aikaa runsaammin (53 %). Hoivakodin henkilökunnasta 85 % koki saaneensa liian vähän aikaa toimintamallin käytön oppimiseen. (Kuva 18.)



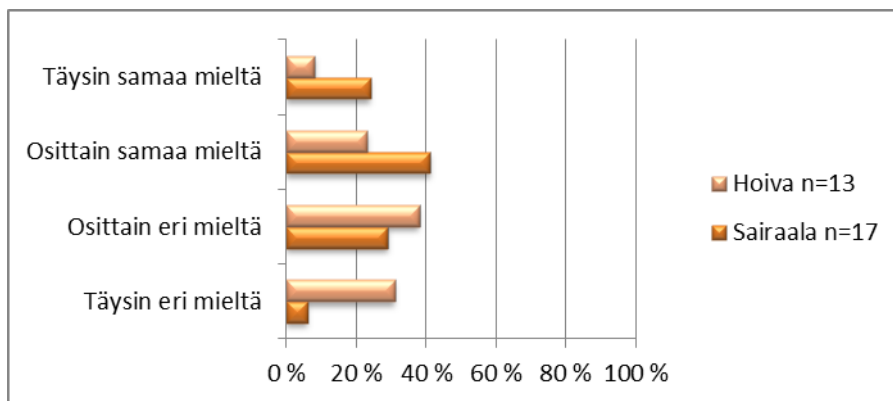
Kuva 18. IKINÄ-toimintamallin perehtymiseen tarvittavan ajan riittävyys (N=30)

Sairaalan henkilökunnasta yli puolet (65 %) koki kouluttautuneensa IKINÄ-toimintamallin käyttöön, toisaalta kuitenkin 36 % koki olevansa osittain tai kokonaan ilman koulutusta. Hoivakodin henkilökunnasta 69 % oli sitä mieltä, ettei heillä ollut riittävästi tai lainkaan koulutusta toimintamallin käyttöön. (Kuva 19.)



Kuva 19. Työntekijän koulutus IKINÄ-toimintamallin käyttöön (N=30)

Yli puolet (65 %) sairaalan henkilökunnasta tunsi hallitsevansa IKINÄ-toimintamallin käytön saamansa koulutuksen perusteella. 35 % koki saamansa koulutuksen olleen riittämätön. Vastaavasti hoivakodin henkilökunnasta 69 % koki, ettei hallinnut toimintamallin käyttöä riittämättömän koulutuksen vuoksi ja 31 % tunsi koulutuksen olleen riittävää ja hallitsevansa näin toimintamallin käytön. (Kuva 20.)



Kuva 20. Työntekijä tunsi hallitsevansa toimintamallin käytön koulutuksen perusteella (N=30)

7.4 Toiminnan arviointi

Väittämillä taulukossa 5 ja taulukossa 6 kartoitettiin henkilökunnan kokemuksia IKINÄ-toimintamallin käyttöönottovaiheesta. Sairaalan henkilökunnasta 53 % ja hoivakodin henkilökunnasta 55 % koki, että toimintamallin käyttö aloitettiin kokonaan tai joiltakin osin liian suurena kokonaisuutena. Vain 12 % sairaalassa ja 8 % hoivakodissa oli sitä mieltä, että käyttöönotto aloitettiin sopivana kokonaisuutena. Sairaalan henkilökunnasta 65 % ja hoivakodin henkilökunnasta 69 % oli osittain tai täysin sitä mieltä, että uuden toimintamallin käyttö olisi tullut aloittaa osakokonaisuus kerrallaan. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. IKINÄ-toimintamallin käytön aloitus tutkimusyksiköissä

	Täysin eri mieltä		Osittain eri mieltä		Osittain samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
N=30	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva
Toimintamallin käyttöönotto aloitettiin liian suurena kokonaisuutena	18 %	23 %	35 %	31 %	35 %	38 %	12 %	8 %
Toimintamallin käyttöönotto olisi pitänyt tapahtua pienemmissä osissa	24 %	8 %	12 %	23 %	41 %	46 %	24 %	23 %

Uuden toimintamallin käyttöönoton arviointia tapahtui sairaalan (77 %) sekä hoivakodin (69 %) tulosten mukaan hyvin tai melko hyvin. Kuitenkin noin puolet jokaisen tutkimusyksikön henkilökunnasta koki, ettei tehdyn arvioinnin perusteella toiminnassa tapahtunut muutoksia. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. IKINÄ-toimintamallin käyttöönoton arviointi

	Täysin eri mieltä		Osittain eri mieltä		Osittain samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
N=30	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva
Toimintaa arvioitiin suunnitelmallisesti	0 %	8 %	24 %	23 %	53 %	69 %	24 %	0 %
Toimintaan tehtiin tarvittavia muutoksia arvioinnin perusteella	0 %	15 %	41 %	31 %	29 %	46 %	29 %	8 %

7.5 Käyttöönoton edellytykset

Taulukossa 7 olevilla väittämillä tutkittiin henkilökunnan suhtautumista IKINÄ-toimintamallia kohtaan. Sairaalan henkilökunnasta 89 % ja hoivakodin henkilökunnasta 85 % suhtautui positiivisesti tai osittain positiivisesti uuden toimintamallin opimiseen. Valtaosa vastaajista koki oman suhtautumisensa muuttuneen positiivisempaan suuntaan toimintamallia käytettäessä arjen työssä. Sairaalan henkilökunnasta 71 % ja hoivakodin henkilökunnasta 77 % koki, että työyhteisössä suhtauduttiin positiivisesti toimintamallin käyttöön. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Henkilökunnan suhtautuminen IKINÄ-toimintamallin käyttöön

	Täysin eri mieltä		Osittain eri mieltä		Osittain samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
N=30	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva
Suhtauduin alussa uuden toimintamallin oppimiseen positiivisesti	0 %	15 %	12 %	0 %	65 %	54 %	24 %	31 %
Suhtautumiseni toimintamallin käyttöön muuttui positiiviseksi sen käytön myötä	6 %	0 %	12 %	15 %	59 %	54 %	24 %	31 %
Työyhteisön suhtautuminen uuden toimintamallin käyttöön on ollut positiivista	0 %	8 %	29 %	15 %	65 %	77 %	6 %	0 %

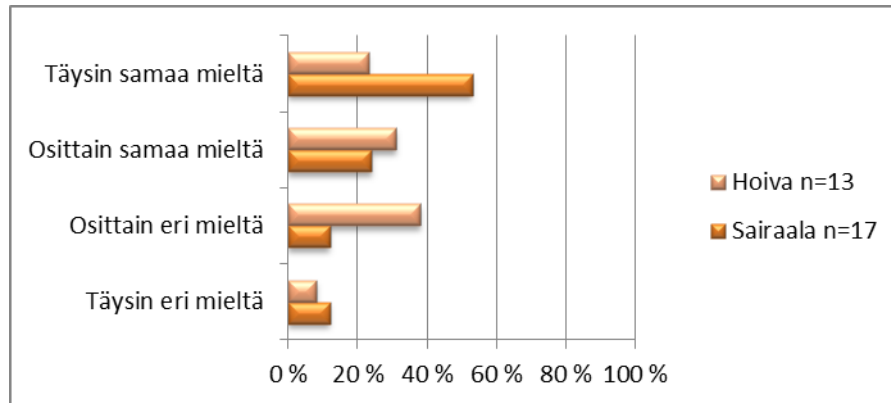
Taulukon 8 ja kuvien 21 - 24 väittämillä kartoitettiin lähiesimiehen ja ylemmän johdon merkitystä IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoprosessin yhteydessä. Kaikissa tutkimusyksiköissä henkilökunta koki, että lähiesimies oli ymmärtänyt uuden toimintamallin herättävän vastarintaa. Sairaalan henkilökunnasta 94 % ja hoivakodin henkilökunnasta 84 % oli osittain tai täysin tätä mieltä. (Taulukko 8.)

Sairaalassa henkilökunnasta 77 % ja hoivakodista 53 % koki, että lähiesimies oli kiinnostunut tai jonkin verran kiinnostunut työntekijän mielipiteistä. Sairaalassa vain 41 %:n mielestä ja hoivakodissa 46 %:n mielestä omat mielipiteet johtivat joihinkin toiminnan muutoksiin. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Lähiesimiehen toiminta IKINÄ-toimintamallin käyttöönoton aikana

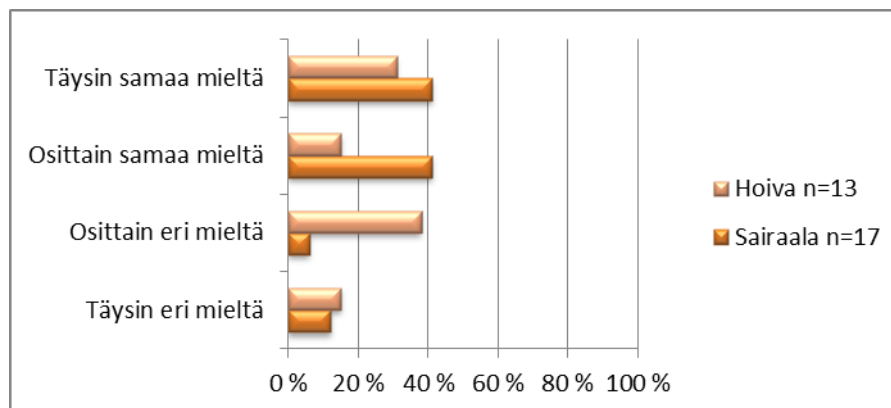
	Täysin eri mieltä		Osittain eri mieltä		Osittain samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
N=30	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva
Lähiesimies on ymmärtänyt, että uusi toimintamalli herättää myös vastarintaa	0 %	0 %	6 %	15 %	53 %	69 %	41 %	15 %
Lähiesimies on osoittanut mielenkiintoa mielipiteisiin	0 %	0 %	24 %	46 %	24 %	38 %	53 %	15 %
Mielipiteeni ovat johtaneet toimintamuutoksiin	24 %	15 %	35 %	38 %	35 %	38 %	6 %	8 %

Sairaalassa lähiesimies oli toiminut ja tiedottanut avoimesti 77 %:n mielestä. 24 % ajatteli, että esimiehen toiminta ei ollut lainkaan tai vain vähän avointa. Hoivakodin puolella henkilökunnan mielipiteet jakautuivat niin, että noin puolet (54 %) vastaajista koki lähiesimiehen toimineen ja tiedottaneen avoimesti tai lähes avoimesti. Toisaalta 46 % henkilökunnasta koki, että lähiesimiehen toiminta ja tiedottaminen olisi voinut olla avoimempaa. (Kuva 21.)



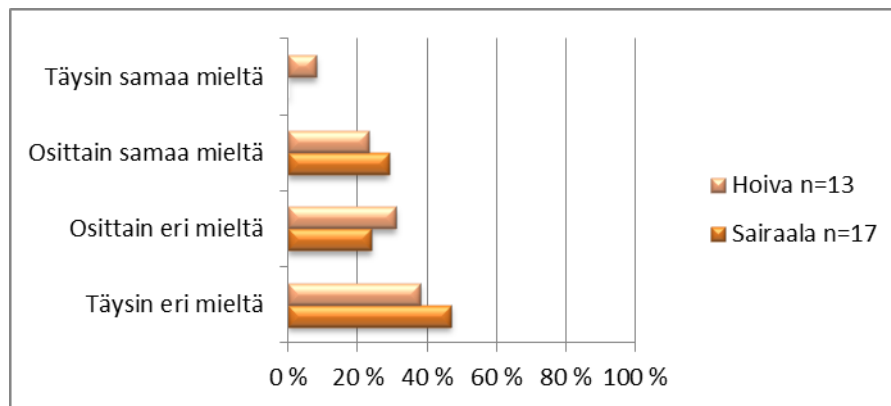
Kuva 21. Lähiesimiehen toiminnan avoimuus (N=30)

Sairaalan henkilökunnasta 82 % koki saaneensa lähiesimieheltä riittävästi tukea kaikissa IKINÄ-toimintamallin käyttöönoton vaiheissa kun 18 %:n mielestä lähiesimiehen tuki oli riittämätöntä tai lähes riittämätöntä. Hoivakodin henkilökunnasta 46 % koki, että oli saanut lähiesimieheltä riittävästi tai jonkin verran tukea toimintamallin käytössä. Toisaalta 53 % henkilökunnasta koki jääneensä kokonaan tai osittain ilman lähiesimiehen tukea. (Kuva 22.)



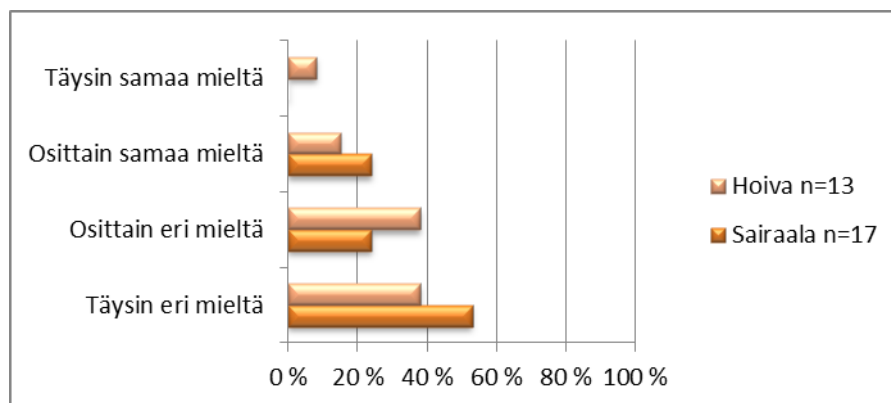
Kuva 22. Lähiesimiehen tuki käyttöönoton aikana (N=30)

Kaikissa tutkimusyksiköissä (sairaala 71 %, hoivakoti 69 %) koettiin, ettei ylihoitaja ollut osoittanut riittävää mielenkiintoa IKINÄ-toimintamallin kehittämistyötä kohtaan (kuva 23).



Kuva 23. Ylihoitajan osoittama mielenkiinto IKINÄ-toimintamallia kohtaan (N=30)

Niin ikään koettiin (sairaala 77 %, hoivakoti 76 %), ettei ylihoitaja ollut tukenut riittävästi henkilökuntaa toimintamallin käyttöönottoprosessissa (kuva 24).

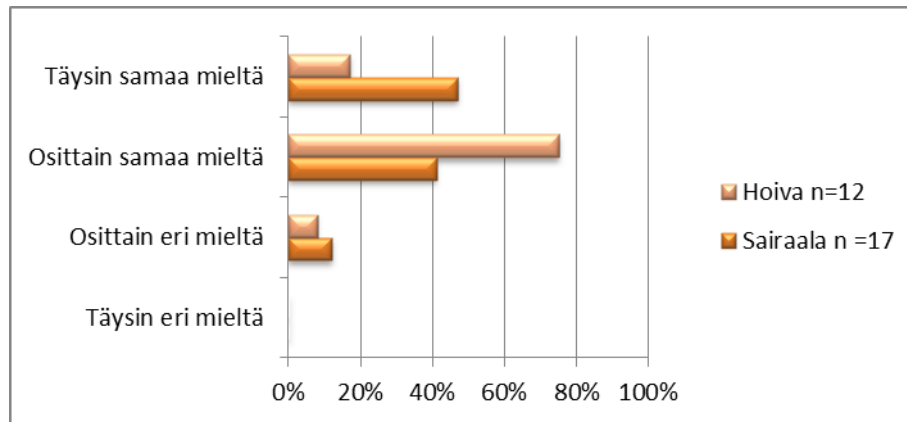


Kuva 24. Ylihoitaja on tukenut toimintamallin käyttöönottoa (N=30)

7.6 IKINÄ-mallin käyttöön liittyvät henkilökunnan asenteet ja tietämys

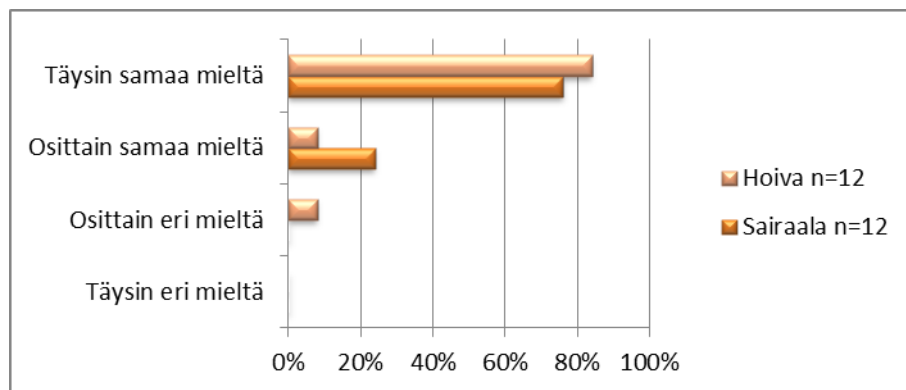
Kysymyksillä 40 - 52 kartoitettiin tutkittavien yksiköiden henkilökunnan IKINÄ-toimintamallin käyttöön liittyviä asenteita ja tietämystä. Tarkastelun kohteina olivat toimintamallin yleisen tuntemisen lisäksi kaatumisvaaran arviointiin, koulutukseen ja perehdytykseen liittyviä kysymyksiä. Tähän kysymyssarjaan vastasi 17 sairaalan ja 12 hoivakodin henkilökuntaa kuuluvaa. Yksi hoivakodin vastaajista ei vastannut yhteenkään tämän sarjan kysymyksistä.

Sairaalan henkilökunnasta 85 % ja hoivakodin henkilökunnasta 92 % kokivat tuntevansa IKINÄ-mallin prosessin täysin tai osittain. Kaikki vastaajat tunsivat jollakin tasolla IKINÄ-toimintamallin prosessin. (Kuva 25.)



Kuva 25. Tunnen IKINÄ-mallin prosessin (n=29)

Suurin osa vastaajista, sairaalan henkilökunnasta 76 % ja hoivakodin henkilökunnasta 84 %, tunnisti täysin tai osittain ne kaatumisen vaaratekijät, joihin voidaan ennaltaehkäisevästi vaikuttaa. Osittain eri mieltä oli yksi hoivakodin henkilökunnasta. (Kuva 26.)



Kuva 26. Tunnistan kaatumisen vaaratekijät, joihin voidaan ennaltaehkäisevästi vaikuttaa (n=29)

Kysymyksillä 42 - 44 selvitettiin henkilökunnan kokemuksia kaatumisvaaran arvioinnin tekemisestä. Sairaalan henkilökunnasta 100 % vastasi osaavansa tehdä kaatumisvaaran arvioinnin täysin tai osittain. Hoivakodin henkilökunnasta 83 % koki osaavansa tehdä kaatumisvaaran arvioinnin täysin tai osittain, 17 % vastasi olevansa osittain eri mieltä. (Taulukko 9.)

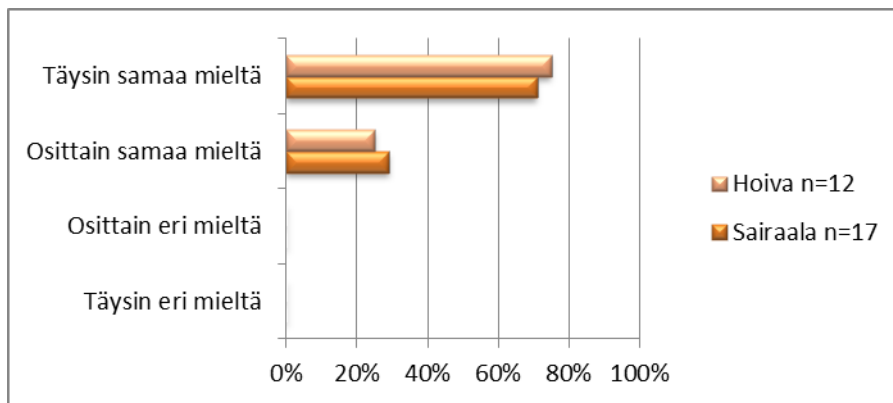
Väitteeseen ”kaatumisvaaran arvioinnin tekeminen on aikaa vievä ja työläs” sekä sairaalan että hoivakodin henkilökunnasta yli puolet vastasi olevansa täysin tai osittain eri mieltä. Täysin tai osittain samaa mieltä oli sairaalan henkilökunnasta 24 % ja 25 % hoivakodin henkilökunnasta. (Taulukko 9.)

Molemmissa tutkimusympäristössä henkilökunta vastasi olevansa täysin tai osittain samaa mieltä (sairaala 77 % ja hoivakoti 75 %) siitä, että kaatumisvaaran arviointi on jaettu usealle ammattiryhmälle. Hoivakodin henkilökunnasta 25 % vastasi olevansa osittain eri mieltä. Sairaalan henkilökunnasta osittain tai täysin eri mieltä oli 24 % vastaajista. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Henkilökunnan kokemuksia kaatumisvaaran arvioinnin tekemisestä

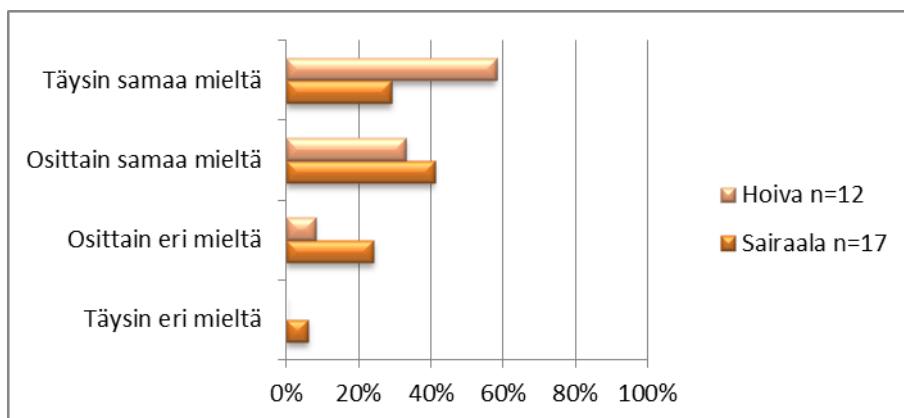
	Täysin eri mieltä		Osittain eri mieltä		Osittain samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva
n=29								
Osaan tehdä kaatumisvaaran arvioinnin	0 %	0 %	0 %	17 %	18 %	50 %	82 %	33 %
Kaatumisvaaran arvioinnin tekeminen on työläs ja aikaa vievä	35 %	17 %	29 %	50 %	29 %	25 %	6 %	8 %
Työyksikössäni kaatumisvaaran arviointi on jaettu usealle ammattiryhmälle	6 %	0 %	18 %	25 %	24 %	50 %	53 %	25 %

Täysin samaa mieltä oli 71 % sairaalan henkilökunnasta ja 75 % hoivakodin henkilökunnasta siitä, että kaatumisvaaran arvioinnin tulokset kirjataan asianmukaisesti potilastietojärjestelmään. Sairaalan henkilökunnasta 29 % ja hoivakodin henkilökunnasta 25 % olivat osittain samaa mieltä. (Kuva 27.)



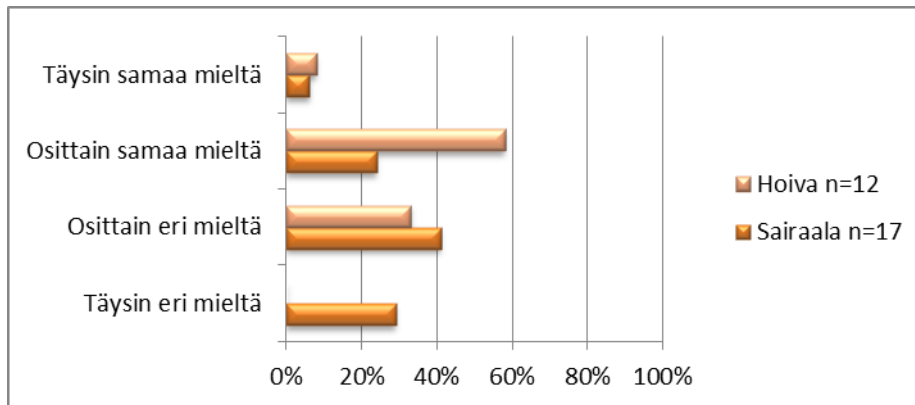
Kuva 27. Kaatumisvaaran arvioinnin tulokset kirjataan asianmukaisesti potilastietojärjestelmään (n=29)

Sairaalan henkilökunnasta 70 %:n ja hoivakodin henkilökunnasta 91 % :n mukaan kaatumisvaaran arviointi johtaa täysin tai osittain suunnitelmallisiin jatkotoimenpiteisiin. Täysi tai osittain eri mieltä oli 30 % sairaalan vastaajista ja osittain eri mieltä 8 % hoivakodin vastaajista. (Kuva 28.)



Kuva 28. Kaatumisvaaran arviointi johtaa suunnitelmallisiin jatkotoimenpiteisiin (n=29)

Väittämään "Jatkotoimenpiteiden onnistumista arvioidaan säännöllisesti" vastasi sairaalan henkilökunnasta täysin samaa mieltä 6 %, osittain samaa mieltä 24 %, osittain eri mieltä 41 % ja täysin eri mieltä 29 %. Hoivakodin henkilökunnasta täysin samaa mieltä oli 8 %, osittain samaa mieltä 58 % ja osittain eri mieltä 33 % siitä, että jatkotoimenpiteiden onnistumista arvioidaan säännöllisesti. Kukaan heistä ei ollut täysin eri mieltä. (Kuva 29.)



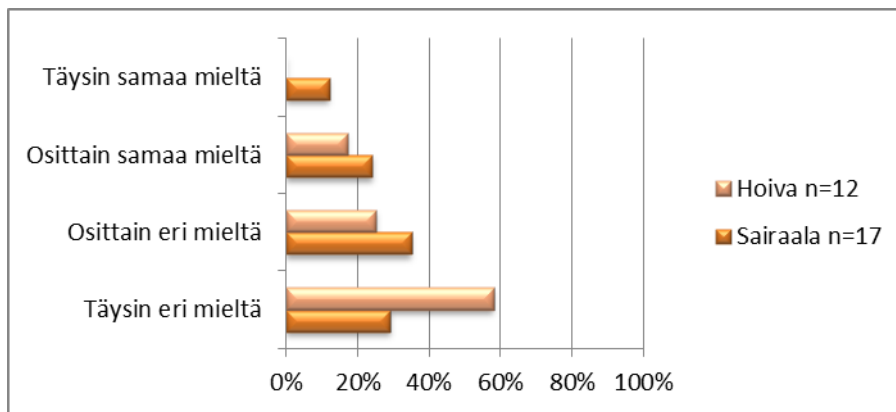
Kuva 29. Jatkotoimenpiteiden onnistumista arvioidaan säännöllisesti (n=29)

Suurin osa vastaajista (sairaala 88 % ja hoivakoti 100 %) koki, että kaatumisvaaran arvioinnissa hyödynnetään erilaisia mittareita ja testejä. Osittain eri mieltä mittareiden ja testien hyödyntämisestä oli 12 % sairaalan henkilökunnasta. Sekä sairaalan että hoivakodin henkilökunnasta 83 % olivat osittain tai täysin samaa mieltä arviointitiedon siirtymisestä potilaan tai asukkaan mukana jatkohoitoyksikköön. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Kaatumisvaaran arvioinnissa hyödynnetään erilaisia mittareita ja testejä. Arviointitieto siirtyy potilaan tai asukkaan mukana jatkohoitoyksikköön

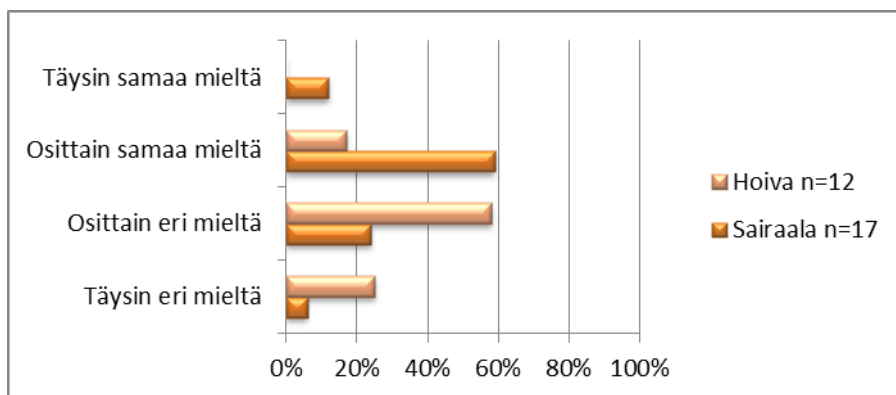
	Täysin eri mieltä		Osittain eri mieltä		Osittain samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
n=29	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva
Kaatumisvaaran arvioinnissa hyödynnetään erilaisia mittareita ja testejä	0 %	0 %	12 %	0 %	29 %	67 %	59 %	33 %
Arviointitieto siirtyy potilaan/ asukkaan mukana jatkohoitoyksikköön	0 %	0 %	18 %	17 %	18 %	33 %	65 %	50 %

Kysymyksillä 50 ja 51 selvitettiin henkilökunnalle tarjotun IKINÄ-toimintamallin käyttöön liittyvän koulutuksen ja uuden työntekijän perehdyttämisen riittävyyttä. Osittain tai täysin samaa mieltä koulutuksen riittävyydestä oli 36 % sairaalan henkilökunnasta ja osittain samaa mieltä 17 % hoivakodin henkilökunnasta. Hoivakodissa työskentelevistä ei kukaan ollut samaa mieltä siitä, että koulutusta olisi tarjottu riittävästi. (Kuva 30.)



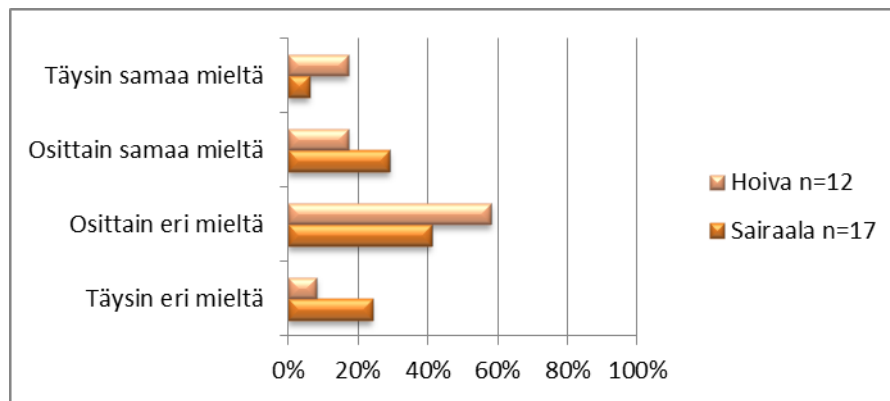
Kuva 30. Henkilökunnalle on säännöllisesti tarjottu IKINÄ-toimintamallin käyttöön liittyvää koulutusta (n=29)

Sairaalan henkilökunnan mielestä (71 %) uusi työntekijä perehdytetään IKINÄ-toimintamallin mukaiseen kaatumisvaaran arviointiin, 30 % vastasi olevansa täysin tai osittain eri mieltä. Hoivakodin henkilökunnasta 83 % vastasi olevansa täysin tai osittain mieltä ja 17 % osittain samaa mieltä uuden työntekijän perehdyttämisen riittävydestä. Kukaan hoivakodin henkilökunnasta ei ollut täysin samaa mieltä siitä, että uusi työntekijä saa riittävää perehdytystä kaatumisvaran arviointiin. (Kuva 31.)



Kuva 31. Uusi työntekijä perehdytetään IKINÄ-mallin mukaiseen kaatumisvaaran arviointiin (n=29)

Sekä sairaalan (65 %) että hoivakodin (66 %) henkilökunnasta yli puolet oli täysin tai osittain eri mieltä siitä, että potilas tai asukas otetaan mukaan kaatumisen ennaltaehkäisyyn tähtäävien toimien suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Täysin tai osittain eri mieltä oli 35 % sairaalan henkilökunnasta ja 34 % hoivakodin henkilökunnasta. (Kuva 32.)



Kuva 2. Potilas tai asukas otetaan mukaan kaatumisen ennaltaehkäisyyn tähtäävien toimien suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin (n=29)

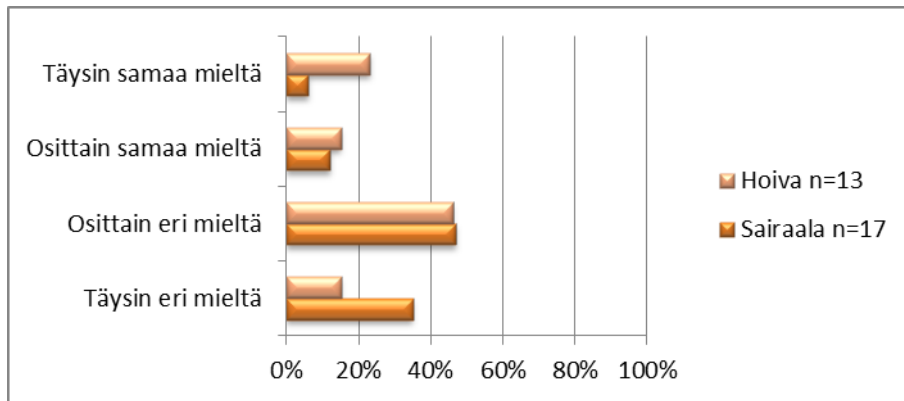
7.7 IKINÄ-oppaan käyttö

Kysymyksillä 53 - 59 selvitettiin henkilökunnan tietämystä ja kokemuksia IKINÄ-oppaan sisällöstä ja hyödynnettävyydestä. Sairaalan työntekijöistä 76 % tunsi IKINÄ-oppaan sisällön ja 24 % vastasi olevansa osittain tai täysin eri mieltä. Hoivakodin henkilökunnasta 54 % tunsi IKINÄ-oppaan sisällön täysin tai osittain. Osittain tai täysin eri mieltä oli 46 % hoivakodin henkilökunnasta. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Tunnen IKINÄ-oppaan sisällön ja työyksikössäni on käytettävissä IKINÄ-opas

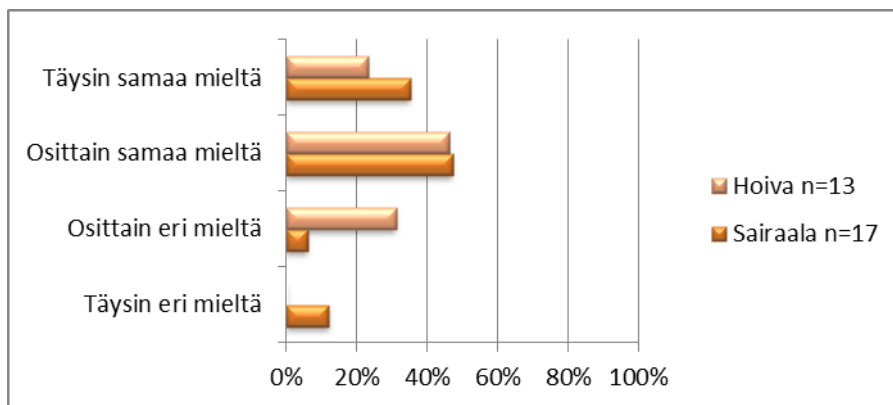
	Täysin eri mieltä		Osittain eri mieltä		Osittain samaa mieltä		Täysin samaa mieltä	
	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva	Sairaala	Hoiva
N=30								
Tunnen IKINÄ-oppaan sisällön	6 %	15 %	18 %	31 %	47 %	23 %	29 %	31 %
Työyksikössäni on käytettävissä IKINÄ-opas	6 %	8 %	6 %	31 %	24 %	31 %	65 %	31 %

Vastaajilta kysyttiin, onko IKINÄ-opas jatkuvassa käytössä oleva työväline. Sairaalan henkilökunnasta 82 % oli täysin tai osittain eri mieltä ja 18 % täysin tai osittain samaa mieltä. Hoivakodin vastaajista täysin tai osittain eri mieltä oli 61 % vastaajista, täysin tai osittain samaa mieltä oli 38 %. (Kuva 33.)



Kuva 33. IKINÄ-opas on jatkuvassa käytössä oleva työväline (N=30)

Sairaalan henkilökunnasta 82 % ja hoivakodin henkilökunnasta 69 % koki IKINÄ-oppaan sisällön vastaavan kaatumisten ehkäisytyöhön liittyviin tietotarpeisiin. Osittain eri mieltä oli 6 % sairaalan ja 31 % hoivakodin vastaajista. Täysin eri mieltä oli 12 % sairaalan ja 0 % hoivakodin henkilökunnasta. (Kuva 34.)



Kuva 34. IKINÄ-oppaan sisältö vastaa kaatumisen ehkäisytyöhön liittyviin tietotarpeisiin (N=30)

8 POHDINTA

Ikääntyneelle väestölle kohdennetun hoitotyön laadun parantaminen ja kehittäminen edellyttää usein laajojakin toiminnan muutoksia. Onnistuakseen ne vaativat monita-
hoista yhteistyötä ja -ymmärrystä. Ikääntyviä lähimpänä toimivien terveydenhuollon
ryhmien työn kehittäminen koetaan usein kaikkein haastavimmaksi. Voimavaroja tu-
lee kohdentaa käytännön hoitotyötä tekeville tarjoamalla heille erilaisia välineitä hoi-
totyön laadun kohentamiseen. (Taipale 2005, 3 - 4.) Hoitotyön käytännön tasolle on
kehitetty erilaisia välineitä laadukkaan hoidon toteuttamiseen. IKINÄ-toimintamallin

mukaisen kaatumisriskin arviointi on yksi terveydenhuollon henkilöstölle suunnattu malli ikääntyvien hoitotyön laadun parantamiseen.

Henkilökunnan kuvaamia kokemuksia IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoprosessista ei ole käytettävissä aikaisempia tutkimuksia, jonka tuloksista voisi etsiä yhtäläisyyksiä tämän opinnäytetyön tuloksiin. Kyselytutkimuksen tuloksia verrattiin ainoastaan opinnäytetyön teoriaosuuteen. Tarkastelussa ei nostettu esiin arvostettavaa vertailua eri tutkimusympäristöiden kesken, vaan tarkoitus oli esittää IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoprosessiin vaikuttavia tekijöitä tutkimusyksiköistä saatujen vastausten perusteella.

8.1 Tulosten tarkastelu

Lähtökohdat uuden toimintamallin aloittamiselle voivat vaihdella tutkimusyksiköittäin, ja siitä syystä tarpeen määrittelyä tehdään usein monesta näkökulmasta (Kvist & Kilpiä 2006, 16). Tämän opinnäytetyön vastausten perusteella yhdessä määritelty uuden toimintamallin tai -muutoksen tarve saattaa muodostua työyksiköissä haasteelliseksi tehtäväksi. Tulokset osoittavat, että valtaosa sairaalan henkilökunnasta koki tarpeen IKINÄ-toimintamallille nousseen organisaation johdolta ja vain harvojen mielestä tarve syntyi potilaan tai henkilökunnan näkökulmasta. Hoivakodin henkilökunnan mielestä toimintamallin käyttöönotto lähti suurimmaksi osaksi asukkaan ja henkilökunnan tarpeesta. Vaikka uuden toimintamallin positiiviset vaikutukset osattiin tunnistaa, tulosten mukaan joidenkin mielestä toimintamallin käytön tarve juuri omaan työyksikköön jäi syntymättä, koska johdon koettiin olleen muutoksen takana liian päätösvaltaisena tai perustelut kehittämistyölle olivat olleet riittämättömät.

Onnistunut toiminnan muutos tai kehittämistyön eteneminen edellyttää organisaation johdon ja työntekijöiden saumatonta yhteistyötä. Yhteistyössä laadittu, koko henkilökunnan tiedossa oleva, selkeä kehittämis- ja käyttöönottosuunnitelma luo kehittämistyölle selkeän toiminnan pohjan. (Pajala 2013, 6.) Käyttöönottosuunnitelmaa koskevat kokemukset tämän opinnäytetyön tutkimusyksiköissä olivat keskenään samansuuntaisia. Henkilökunnasta noin puolet oli nähnyt työyksikkönsä IKINÄ-toimintamallin kehittämissuunnitelman ja saman verran koki saaneensa mahdollisuuden vaikuttaa siihen. Henkilökunnan vastuuta ja sitoutumista muutokseen on hyvä edistää tietoisesti. Yksi tapa on perustaa työryhmiä, joissa henkilökunnalla on oma vahva edustus. (Pajala 2013, 6.) Tutkimuksen mukaan sairaalan yksiköihin oli muodostettu moniammatil-

liset työryhmät tukemaan IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoprosessia, hoivakodissa näitä käyttöönottoa ohjaavia työryhmiä ei oltu perustettu. Vaikka sairaalan työryhmissä olikin vahva edustus henkilökunnasta, niin noin puolet vastaajista koki, ettei ollut saanut vaikuttaa käyttöönottosuunnitelmaan ja sen kulkuun.

Käyttöönottosuunnitelmassa yhtenä olennaisimpana toimenä voidaan pitää tavoitteiden ja päämäärän asettelua. Kehittämistyö ei johda haluttuun suuntaan, ellei jokaisen toimijan tiedossa ole yhteinen tavoitepäämäärä. (Lämsä & Hautala 2005, 188.) Tutkimuksen vastausten perusteella sairaalan yksiköiden henkilökunnasta noin puolet tunsi oman yksikkönsä IKINÄ-toimintamallin tavoitteet. Hoivakodin henkilökunnasta suurin osa kertoi tuntevansa oman työyksikkönsä IKINÄ-toimintamallille asetetut tavoitteet. Toisaalta näyttää siltä, että sairaalan henkilökunnalla oli kyselyn mukaan vahvempi tieto IKINÄ-toimintamallin yleisistä tavoitteista kuin hoivakodin henkilökunnalla.

Noin puolet tutkimusyksiköiden vastaajista oli sitä mieltä, että IKINÄ-toimintamallin mukainen kaatumisriskien arviointi käynnistettiin liian suurena kokonaisuutena. Sama määrä henkilökunnasta koki, että toiminta olisi tullut aloittaa suppeammissa osissa. Sairaalan sekä hoivakodin henkilökunnan vastausten mukaan IKINÄ-toimintamallin käyttöön tarjottu koulutus oli riittämätöntä. Sairaalan henkilökunnasta suurin osa kertoi osallistuneensa tarjottuihin koulutuksiin. Vastaavasti hoivakodissa valtaosa koki jääneensä kokonaan ilman koulutusta. Enemmistön mukaan jokaisessa tutkimusympäristössä arvioitiin säännöllisesti ja järjestelmällisesti IKINÄ-toimintamallin käyttöönoton kulkua. Osa vastaajista koki, että arvioinnin tulokset johtivat vain harvoin muutoksiin. Tutkimusyksiköiden kaltainen kehittämistyö vaatii onnistuakseen hyvää ja riittävää koulutusta sekä koulutuksen riittävyden ja toiminnan käynnistämisen arviointia. Koulutusta ja uudelleen perehdytystä on järkevää järjestää joustavasti aina tarpeen mukaan. (Lanning ym. 1999, 276, 284.)

Uusien toimintamallien tai kehittämistehtävien onnistuminen pohjautuu hyvään esimiestyöhön ja kaikkien toimijoiden positiiviseen muutosasenteeseen (Lanning ym. 1999, 59; Stenvall & Virtanen 2007, 100.) Suurin osa kaikista vastaajista koki jo suunnitteluvaiheessa suhtautuneensa positiivisesti uuden toimintamallin oppimiseen. Valtaosan mielestä myös työyksikön yleinen mielipide IKINÄ-toimintamallia kohtaan oli hyväksyvä. Lähiesimiesten koettiin toimivan kannustavasti sekä kuuntelevan ja

ymmärtävän henkilökunnan negatiivisiakin reaktioita ja kannanottoja. Sairaalan henkilökunnan vastauksissa korostui lähiesimiehen mielenkiinto työntekijöiden mielipiteitä kohtaan. Hoivakodissa vain jotkut kokivat tulleet kuulluksi. Sairaalan ja hoivakodin mielipiteissä esiintyi hajontaa arvioitaessa esimiehen roolia IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoprosessin aikana. Suurin osa sairaalan henkilökunnan mielestä esimies toimi avoimesti ja kannustavasti koko käyttöönoton ajan. Hoivakodin vastausten perusteella esimieheltä olisi toivottu enemmän avoimuutta ja kannustavaa osallistumista uuden toimintamallin käyttöönotossa. Myös ylemmän johdon tuki koettiin tärkeäksi ja vastausten perusteella jokaisessa tutkimusyksikössä olisi johdolta odotettu näkyvämpää osallistumista ja vahvempaa mielenkiintoa IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoa kohtaan.

Tähän opinnäytetyöhön liittyvän kyselyn perusteella IKINÄ-toimintamallin mukainen kaatumisvaaran arviointiprosessi tunnetaan sekä sairaalan että hoivakodin henkilökunnan keskuudessa hyvin. Vastaajat kokivat pääosin osaavansa tehdä kaatumisvaaran arvioinnin. Monet sisäiset ja ulkoiset kaatumisalttiuteen vaikuttavat tekijät ovat ennaltaehkäistävissä (Pajala 2012a, 15). Suurin osa kyselyn vastaajista tunnistaa ne kaatumisen vaaratekijät, joihin voidaan ennaltaehkäisevästi vaikuttaa. Iäkkään henkilön tietoisuus omasta kaatumisriskistä ja mahdollisuudesta ehkäistä kaatumistapaturmia ovat vähäiset. Iäkkään ja hoitohenkilökunnan väliset keskustelu- ja ohjaustilanteet motivoivat iäkästä omaehtoisiin kaatumisen ehkäisytoimiin. (Palaja 2012a, 117; World Health Organization 2007, 17 - 22.) Kyselyyn vastanneen henkilökunnan mielestä potilaat tai asukkaat eivät pääse osallistumaan kaatumisen ennaltaehkäisyyn tähtäävien toimien suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.

Yli puolet molempien tutkimusympäristöjen vastaajista oli sitä mieltä, että iäkkään kaatumisvaaran arviointi ei ole työläs eikä aikaa vievä. Vastaajien mielestä kaatumisvaaran arviointi on jaettu usealle eri ammattiryhmälle ja arvioinnissa hyödynnetään erilaisia mittareita ja testejä. Tulosten luotettavuuden ja järkevän resursoinnin kannalta kaatumisvaaran arviointi on hyvä toteuttaa moniammatillisesti (Pajala 2012a, 17).

Vastausten perusteella kaatumisvaaran arvioinnin tulokset kirjataan asianmukaisesti potilastietojärjestelmään ja tehty kaatumisvaaran arviointi johtaa suunnitelmallisiin jatkotoimenpiteisiin. Sairaalan henkilökunnan mielestä jatkotoimenpiteiden onnistumista ei juurikaan arvioida säännöllisesti. Hoivakodissa valtaosa henkilökunnasta ko-

ki, että jatkotoimenpiteiden arviointi on säännöllistä. Molempien vastaajaryhmien mielestä tieto tehdystä kaatumisvaaran arvioinnista siirtyy potilaan tai asukkaan mukana jatkohoitoyksikköön. Kaatumisten ehkäisyn yleisiin toimintaperiaatteisiin kuuluu osana hoitotyötä toteutettava kaatumisvaaran arviointi, kaatumisten ehkäisyyn tähtäävien toimenpiteiden suunnittelu ja arviointi. Tapahtuneet kaatumistapaturmat tulee kirjata asianmukaisesti. Iäkkään siirtyessä toiseen hoitoyksikköön on varmistettava, että tiedot kaatumisvaarasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä siirtyvät henkilön mukana. (Pajala 2012, 127.)

IKINÄ-oppaan sisältö oli vastaajien keskuudessa vaihtelevasti tuttu, vastauksissa esiintyi jonkin verran hajontaa. Osa vastaajista koki tuntevansa oppaan sisällön hyvin, osa ei tuntenut sisältöä lainkaan. Pajalan (2012a, 124) mukaan on tärkeää huolehtia henkilökunnan tietojen ja taitojen ajantasaisuudesta säännöllisellä koulutuksella ja uudet työntekijät tulee säännönmukaisesti perehdyttää yksikön kaatumisen ennaltaehkäisyssä käytettävien toimintatapoihin. Kyselyn perusteella voidaan havaita, että henkilökunnan IKINÄ-toimintamallin käyttöön liittyvä koulutus on ollut riittämätöntä. Suurin osa sairaalan henkilökunnasta koki uuden työntekijän perehdytyksen olleen riittävää kun taas hoivakotiin tulevaa uutta työntekijää ei perehdytetä IKINÄ-toimintamallin mukaiseen kaatumisvaaran arviointiin.

IKINÄ-opas vastaa henkilökunnan kaatumisten ehkäisytyöhön liittyviin tietotarpeisiin sekä tarjoaa käytännön työvälineitä kaatumisvaaran arviointiin ja ehkäisyyn. Vaikka vastaajien mielestä IKINÄ-opas koettiin hyödylliseksi työvälineeksi arjen hoitoyössä, ei opas kuitenkaan ole jatkuvassa käytössä oleva työväline.

8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusprosessin eri vaiheisiin liittyen tutkijan on tunnettava ja noudatettava tiettyjä tiedeyhteisön yhteisesti hyväksymiä hyvän tieteellisen käytännön tapoja. Tutkimuseettiset kysymykset koskevat tutkittavien oikeuksien suojelemista, tutkitun tiedon julkistamista sekä tutkimustyölle yleisesti asetettuja vaatimuksia. Tutkimustyön etiikka sisältää periaatteita tutkimuksen ja lähteiden luotettavuudesta, tutkimuksen laadusta ja lainsäädännöstä. Hyvä tieteellinen käytäntö ottaa huomioon tutkittavien ihmisten oikeudet sekä kunnioittavan, avoimen ja rehellisen kohtelun. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 362, 367.)

Tutkimusta varten kehitetty kyselykaavake esitettiin viidellä terveydenhuollon ammattihenkilöllä, joilla ei ollut kokemusta IKINÄ-toimintamallin käytöstä. Heidän huomioiden pohjalta muutoksia tehtiin muutaman väittämän lauserakenteisiin ja sanavalintoihin. Mittarin esitestaaminen on sen toimivuuden ja luotettavuuden testaamista lopullista pienemmällä vastaajajoukolla. Käytettäessä uutta, kyseistä tutkimusta laadittua mittaria, on esitestaaminen erityisen tärkeää. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 191.) Hirsjärvi ym. (2009, 201 - 202) mukaan lomakkeen kokeilu on välttämätöntä, jotta kysymysten spesifisyys, selvyys, määrä ja järjestys tukevat varsinaista tutkimusta.

Tähän tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Luotettavuuden ja eettisen toiminnan varmistamiseksi saatekirjeen etukäteisinformaatioon sisällytettiin tiedot vastaajan anonymiteetin säilymisestä, oikeudesta saada tietoa tutkimustuloksista tulevilla osastotunneilla sekä tutkijoiden yhteystiedot mahdollisia selventäviä kysymyksiä varten. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa. Määräaikaan mennessä palautettiin 30 kyselykaavaketta, palautusprosentti oli 45,5 %. Alhainen vastausprosentti vähentää tämän tutkimuksen luotettavuutta, eikä saatuja tuloksia voida yleistää. Vastausajan jatkaminen ja kyselytutkimuksen toteutus sähköisenä olisi voinut nostaa vastausprosenttia.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tavallisesti tarkastelemalla tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia. Reliabiliteetilla viitataan tutkimuksen kykyyn tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia mittarin vastaavuuden, pysyvyyden ja johdonmukaisuuden näkökulmasta. Validiteetilla taas viitataan siihen, onko mittari valittu oikein ja mittaukko se haluttuja asioita. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 189 - 190.) Tutkimukseen valitun mittarin avulla saavutettiin haluttu tieto. Mittarin avulla tutkimus on mahdollista toistaa myöhemmin ja verrata tuloksia tähän tutkimukseen.

8.3 Johtopäätökset, hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimus osoitti, että IKINÄ-toimintamallin käyttöönottoprosessi vaatii erilaisissa toimintaympäristöissä erilaisia kehittämiskäytäntöjä. Muutosjohtajan tiedot kehittämisympäristön muutosvalmiudesta ja -tarpeesta sekä organisaatiokulttuurista auttavat johtoa valitsemaan kullekin työyksikölle parhaimman tavan toteuttaa muutos- tai kehittämistyö. Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että kehittämisyksiköiden erilaisilla käyttöönottoikänteillä voi olla vaikutusta uuden toimintamallin käytön onnistumiseen. Tämän opinnäytetyön tutkimusympäristöissä kehittämis- ja käyttöönotto-

prosessit toteutettiin joko kehittämishankkeen tai täsmäkoulutuksen avulla. Saatu tieto kertoo myös, että henkilökunnan aktivoimisessa ja motivoimisessa korostuvat esimiehen henkilökohtainen asenne sekä kyky avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin luomiseen. Lisäksi huomioitavaa on, että työyksikön moniammatillisten työryhmien toiminnan on oltava läpinäkyvää ja muun henkilökunnan huomioivaa.

Tutkimuksesta nousi vahvasti esiin henkilökunnan koulutustarve. IKINÄ-toimintamallin mukaisen kaatumisvaaran arvioinnin ylläpitäminen on jatkuva prosessi, joka onnistuakseen edellyttää määrätietoista kehittämistoimintaa, koulutusta ja jatkuvaa toiminnan arviointia. Myös uuden työntekijän perehdytysohjelmaan on hyvä sisällyttää kyseisen työyksikön kaatumisen ehkäisyn periaatteet.

Jotta IKINÄ-toiminmallin mukainen iäkkäiden kaatumisten ehkäisy olisi laadukasta ja jatkuvaa, tulee toimintaa seurata ja arvioida säännöllisesti. Ikääntyneet itse eivät useinkaan ole tietoisia siitä, että kaatumisvaaraa voidaan merkittävästi vähentää. Terveystenhuollon henkilökunnan tulee ottaa ikääntyneet mukaan kaatumisten ennaltaehkäisyyn tähtäävien toimien suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Henkilökunta voi siten yhdessä potilaan tai asukkaan kanssa arvioida kaatumisriskiä vähentävien jatkotoimenpiteiden onnistumista.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää uuden toimintamallin käyttöönoton kehittämistyössä sekä koulutuksen suunnittelussa ja näin helpottaa prosessin onnistumista sekä uuden toimintamallin juurruttamista arjen hoitotyöhön. Opinnäytetyön tulokset tarjoavat esimiestyöhön tietoa henkilökunnan tuen ja motivoinnin tarpeesta sekä toimintaan sitouttamisesta. Tämä tutkimus käsitteli uuden toimintamallin käyttöönottoa henkilökunnan kokemana, joten jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia aihetta esimiehen näkökulmasta. Jatkotutkimusaiheena voisi myös käsitellä IKINÄ-toimintamallin vaikuttavuutta ikääntyneiden kaatumistapaturmiin.

LÄHTEET

Arikoski, J. & Sallinen, M. 2007. Vastarinnasta vastarannalle. Johda muutos taitavasti. Oitmäki: Johtamistaidon opisto ;Helsinki: Työterveyslaitos.

Erämetsä, T. 2003. Myönteinen muutos. Helsinki: Tammi.

Helin, M. Osastonhoitaja. Haastattelu 1.10.2013. Kotka: Hovinsaaren hoivakoti 2.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. - 16. painos. Helsinki: Tammi.

Hoiva-asumisen toimintamalli Etelä-Kymenlaakson kunnille. 2012. Kaakon SOTE-INTO 2/ Etelä-Kymenlaakson osahanke. Päivitetty 23.8.2012. Saatavissa: http://www.kotka.fi/general/Uploads_files/HyPa/vanhuspalvelut/hoiva_asuminen/hoivamalli2010.pdf [viitattu 11.10.2013].

Ikäinstituutti. Voimaa vanhuuteen -ohjelma. Ikäinstituutin internetsivut. Päivitetty 27.11.2012. Saatavissa: <http://www.voimaavanhuuteen.fi/fi/voimaa+vanhuuteen+-ohjelma/> [viitattu 29.12.2013].

Isola, M. 2008. Onnistunut muutos. Pro gradu -tutkielma. Turun kauppakorkeakoulu. Saatavissa: <http://info.tse.fi/julkaisut/Thesis2008/9110.pdf> [viitattu 7.12.2013].

Järvenpää, P. 2013. IKINÄ-hankkeen loppuraportti. Karhulan sairaala osasto 4.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KKI-ohjelma. Kunnossa kaiken ikää -ohjelman internetsivut. Saatavissa: <http://www.kki.likes.fi/Index.aspx> [viitattu 29.12.2013].

Knight, J. 2012. Applying the PDCA Cycle to the Complex Task of Teaching and Assessing Public Relations Writing. Professor of Management and Statistics. University of Tennessee at Martin. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.5430/ijhe.v1n2p67> [viitattu 12.1.2014].

Kotkan kaupunki. 2013a. Hoivapalvelut. Kotkan kaupungin internetsivut. Saatavissa: <http://www.kotka.fi/hoivapalvelut> [viitattu 11.12.2013].

Kotkan kaupunki. 2013b. Karhulan sairaala. Kotkan kaupungin internetsivut. Saatavissa: http://www.kotka.fi/alltypes.asp?menu_id=2556&menupath=50,659,1623,2556#2556 [viitattu 22.12.2013].

Kotkan kaupunki. 2013c. Sairaalapalvelut. Kotkan kaupungin internetsivut. Saatavissa: http://www.kotka.fi/alltypes.asp?menu_id=648&menupath=50,659,648#648 [viitattu 22.12.2013].

Kotter, J. 1996. Muutos vaatii johtajuutta. Helsinki: Oy Rastor Ab.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> [viitattu 22.1.2014].

Lanning, H., Roiha, M. & Salminen, A. 1999. Matkaopas muutokseen. Miten kehittää organisaatiota tehokkaasti ja hallitusti. Helsinki: Kauppakaari.

Luomala, A. 2008. Muutosjohtamisen ABC. Ajatuksia muutoksen johtamisesta ja ihmisten johtamisesta muutoksessa. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos ja Tampereen yliopiston kauppakorkeakoulu. Saatavissa: https://arkki.ramk.fi/RAMK/arkisto/julkinen/2_Muutosjohtamisen%20ABC.pdf [viitattu 1.12.2013].

Lämsä, A.-M. & Hautala, T. 2005. Organisaatiokäyttäytymisen perusteet. 1. - 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Mattila, P. 2007. Johdettu muutos. Avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen. Helsinki: Talentum.

Miake-Lye, I., Hempel, S., Ganz, D. & Shekelle, P. 2013. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy. *Annals of Internal Medicine* 3/2013, s. 390 - 396. Saatavissa: <http://annals.org/> on 12/13/2013 [viitattu 10.1.2014].

Myrskylä, M. 2010. Elämme toistakymmentä vuotta elinajanodotetta pidempään. Tieto & Trendit-lehti 1/2010. Tilastokeskuksen Tieto & Trendit-lehden internetsivut. Päivitetty 10.2.2010. Saatavissa: http://www.stat.fi/artikkelit/2010/art_2010-02-18_001.html?s=1 [viitattu 29.12.2013].

Pajala, S. 2012a. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Pajala, S. 2012b. Kaatumisten ehkäisyn implementointi. PowerPoint-esitys 25.5.2012. Kotka: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Pajala, S. 2013. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisyn implementointi. Julkaisematon teos. Teos kirjoittajien hallussa.

Pajala, S., Piirtola, M., Karinkanta, S., Mänty, M., Pitkänen, T., Punakallio, A., Sihvonen S., Kettunen J., Kangas, H., 2011. Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/sfs/sfs00003.pdf> [viitattu 12.10.2013].

Pajunen, A. & Ruotsalainen, K. 2012. Suuret ikäluokat eläkeiässä. Tilastokeskuksen Hyvinvointikatsaus 1/2012. Tilastokeskuksen internetsivut. Saatavissa: http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-03-12_001.html?s=1 [viitattu 29.12.2013].

Pitkänen, T. 2013. IKINÄ-hankkeen loppuraportti. Karhulan sairaala osasto 2.

Rubenstein, L., Josephson, K. & Robbins, A. Falls in the Nursing Home. 1994. Annals of Internal Medicine. Saatavissa: <http://annals.org/article.aspx?articleid=707993&resultClick=3#> [viitattu 13.1.2014].

Schleutker, E. 2013. Väestön ikääntyminen ja hyvinvointivaltio. Mitä vaihtoehtoja meillä on? Yhteiskuntapolitiikka-lehti 78 (2013):4. Yhteiskuntapolitiikka-lehden internetsivut. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110779/schleutker.pdf?sequence=1> [viitattu 29.12.2013].

Sokovic, M., Pavletic, D. & Pipan, K. 2010. Quality Improvement Methodologies- PDCA Cycle, RADAR Matrix, DMAIC and DFSS. Faculty of Mechanical Engineering. University of Ljubljana. Saatavissa: http://www.journalamme.org/papers_vol43_1/43155.pdf [viitattu 12.1.2014].

Stenvall, J., & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita.

STM. 2011. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf [viitattu 15.10.2013].

STM. 2013. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2014 - 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1867344 [viitattu 29.12.2013].

Taipale, V. 2005. Laatu ja kunnianhimoa vanhusten palveluihin. Teoksessa: Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. Verkkokirja. Saatavissa: www.julkari.fi/handle/10024/77767 [viitattu 23.1.2014].

Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. 2012. HaiPron internetsivut. Päivitetty 13.3.2012. Saatavissa: <http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx> [viitattu 28.12.2013].

THL. 2013a. Ehkäise tapaturmat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ehkaise_tapaturmat [viitattu 29.12.2013].

THL. 2013b. Piste tapaturmille. Iäkkäiden kaatumisiin liittyviä tutkimuksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/tutkimukset [viitattu 29.12.2013].

Tiusanen, O. 2005. Työyhteisön kehittäminen ja tärkeimmät muutosvälineet. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://uta17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67547/951-44-6473-7.pdf?sequence=1> [viitattu 9.1.2014].

Vaapio, S. 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Väitöskirja. Turun yliopisto. Saatavissa: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/44658/AnnalesC280Vaapio.pdf> [viitattu 29.12.2013].

Vilkkä, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1.- 3. painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

World Health Organization. 2007. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Saatavissa: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf [viitattu 19.12.2013].

SAATEKIRJE
30.12.2013

Arvoisa kyselyyn vastaaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä IKINÄ-mallin käyttöönotosta ja käytöstä hoitotyössä. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata IKINÄ-oppaan käyttöönottoprosessia ja kyselyn avulla kartoittaa henkilökunnan IKINÄ-oppaan käyttöönottovaiheen kokemuksia sekä käyttöön liittyviä asenteita ja tietämystä.

Kyselylomakkeisiin vastataan nimettömästi ja lomakkeet ovat ainoastaan tutkijoiden käytettävissä. Lomakkeet palautetaan suljetussa kirjekuoressa. Suljetut kirjekuoret laitetaan niille osoitettuun palautuskansioon, jotka tutkijat noutavat 12.1.2014. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Toivomme teidän vastaavan kyselyyn, jotta saisimme tärkeää tietoa koulutuksen riittävydestä, toimintamallin käytönoton onnistumisesta ja käytöstä hoitotyössä. Kyselyyn ei ole oikeita tai vääriä vastauksia, vaan kyselyllä kartoitetaan teidän kokemuksia ja näkemyksiä. Erilaiset kokemukset antavat tutkimukselle näkökulman, jonka avulla uuden asian käyttöönottoprosessia voidaan helpottaa ja parantaa. Tuloksia voidaan hyödyntää uuden toimintamallin käyttöönotossa ja näin helpottaa käyttöönottovaiheen onnistumista ja uuden toimintamallin juurruttamista osaksi perusterveydenhuoltoa.

Opinnäytetyön esittelemme keväällä 2014 osastotunneilla.

Kiitos vastauksestasi!

Ystävällisin terveisin

Taina Pänkäläinen

Leena Laitinen

taina.pankalainen@student.kyamk.fi

leena.laitinen@student.kyamk.fi

KYSELYKAAVAKE

Vastaa kysymyksiin rengastamalla sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varatulle viivalle. Sulje kyselylomake mukana olevaan kirjekuoreen. Kysymyksiin vastataan nimettöminä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Vastausaikaa on 12.1.2014 asti.

Kiitos!

Taustatekijät**1. Ikä**

- 1 18-25v.
- 2 26-35v.
- 3 36-65v.

2. Koulutus

- 1 Sairaanhoitaja
- 2 Lähihoitaja/perushoitaja
- 3 Muu, mikä? _____

3. Työkokemus

- 1 Alle 5v.
- 2 5-20v.
- 3 yli 20 v.

4. Kuinka kauan olet työskennellyt tässä yksikössä?

- 1 Alle 6 kk
- 2 6kk-2v.
- 3 yli 2v.

MUUTOSPROSESSI

Tässä kyselyssä käytetty termi, **toimintamallin käyttöönotto, tarkoittaa työyksikkösi**

IKINÄ -toimintamallin käyttöönoton kaikkia vaiheita: suunnittelua, konkreettista käyttöönottoa ja arviointia.

MUUTOSTARVE

Vastaa kysymyksiin, mitä **mieltä olit tai mitä ajattelit** silloin kun IKINÄ -toimintamallin käyttöönottoa alettiin suunnitella työyksikössäsi. Ympyröi se numero, joka on lähimpänä omaa mielipidettäsi.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
5. Toimintamallin käyttöönotto lähti henkilökunnan tarpeesta	1	2	3	4
6. Toimintamallin käyttöönotto lähti potilaan/asukkaan tarpeesta	1	2	3	4
7. Toimintamallin käyttöönotto lähti johdon esittämänä	1	2	3	4
8. Koin itse tarvetta uudelle toimintamallille hoitotyön välineeksi	1	2	3	4
9. Sain ilmaista mielipiteeni toimintamallin tarpeellisuudesta omaan yksikkööni	1	2	3	4
10. Sain riittävästi tietoa toimintamallin hyödyllisyydestä	1	2	3	4

MUUTOSSUUNNITELMA

Vastaa kysymyksiin, mitä **mieltä olit tai mitä ajattelit** silloin kun IKINÄ -toimintamalli oli suunnitteluvaiheessa työyksikössäsi. Ympyröi se numero, joka on lähimpänä omaa mielipidettäsi.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
11. Toimintamallin käyttöönotto suunniteltiin mielestäni tarkasti	1	2	3	4
12. Olen nähnyt toimintamallin käyttöönottosuunnitelman	1	2	3	4
13. Olen saanut vaikuttaa käyttöönottosuunnitelmaan	1	2	3	4
14. Toimintamallin käyttöönoton aikataulu suunniteltiin huolella	1	2	3	4
15. Sain henkilökohtaisesti vaikuttaa toimintamallin käyttöönoton aikatauluun	1	2	3	4
16. Olin selvillä toimintamallin käyttöönoton aikataulusta	1	2	3	4
17. Uudella toimintamallilla on selkeät tavoitteet työyksikössäni	1	2	3	4
18. Tunnen toimintamallin tavoitteet	1	2	3	4
19. Olen saanut vaikuttaa toimintamallin tavoitteisiin	1	2	3	4
20. Työryhmissä on riittävä edustus henkilökunnasta	1	2	3	4
21. Toimintasuunnitelmaa on työstetty moni-ammattillisissa työryhmissä (esim. lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti)	1	2	3	4

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
22. Henkilökunnalle tarjottiin riittävästi koulutusta toimintamallin käyttöönottoa varten	1	2	3	4
23. Henkilökunnan perehdyttämiseen käytettiin riittävästi aikaa	1	2	3	4

KÄYTTÖÖNOTTO JA ARVIOINTI

Vastaa kysymyksiin, mitä **mieltä olit tai mitä ajattelit** silloin kun IKINÄ -toimintamalli otettiin käyttöön työyksikössäsi. Ympyröi se numero, joka on lähimpänä omaa mielipidettäsi.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
24. Sain koulutusta toimintamallin käyttöön	1	2	3	4
25. Tunsin hallitsevani toimintamallin käytön koulutuksen perusteella	1	2	3	4
26. Toimintamallin käyttö aloitettiin liian suurena kokonaisuutena	1	2	3	4
27. Toimintamallin käyttöönotto olisi pitänyt tapahtua pienemmissä osissa	1	2	3	4
28. Toimintaa arvioitiin suunnitelmallisesti	1	2	3	4
29. Toimintaan tehtiin tarvittavia muutoksia arvioinnin perusteella	1	2	3	4

KÄYTTÖÖNOTON EDELLYTYKSET

Ympyröi se numero, joka on lähimpänä omaa mielipidettäsi.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
30. Suhtauduin alussa uuden toimintamallin oppimiseen positiivisesti	1	2	3	4
31. Suhtautumiseni toimintamallin käyttöön muuttui positiiviseksi sen käytön myötä	1	2	3	4
32. Mielestäni työyhteisön suhtautuminen uuden toimintamallin käyttöön on ollut positiivista	1	2	3	4
33. Lähiesimies on ymmärtänyt, että uusi toimintamalli herättää myös vastarintaa	1	2	3	4
34. Lähiesimies on osoittanut mielenkiintoa mielipiteisiini (negatiivisiin sekä positiivisiin)	1	2	3	4
35. Mielipiteeni ovat johtaneet muutoksiin toimintamalliin liittyen	1	2	3	4
36. Lähiesimiehen toiminta ja tiedottaminen on ollut avointa koko toimintamallin kehittämistyön aikana	1	2	3	4
37. Lähiesimies on kannustanut henkilökuntaa toimintamallin käyttöönoton kaikissa vaiheissa	1	2	3	4
38. Ylihoitaja on osoittanut mielenkiintoa toimintamallin kehittämistä kohtaan työyksikössäni	1	2	3	4
39. Ylihoitaja on tukenut toimintamallin kehittämistä sen kaikissa vaiheissa	1	2	3	4

IKINÄ-MALLI

Ympyröi se numero, joka on lähimpänä omaa mielipidettäsi.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
40. Tunnen IKINÄ- mallin prosessin	1	2	3	4
41. Tunnistan kaatumisen vaaratekijät, joihin voidaan ennaltaehkäisevästi vaikuttaa	1	2	3	4
42. Osaan tehdä kaatumisvaaran arvioinnin	1	2	3	4
43. Kaatumisvaaran arvioinnin tekeminen on työläs ja aikaa vievä	1	2	3	4
44. Työyksikössäni kaatumisvaaran arviointi on jaettu usealle ammattiryhmälle	1	2	3	4
45. Kaatumisvaaran arvioinnin tulokset kirjataan asianmukaisesti potilastietojärjestelmään	1	2	3	4
46. Kaatumisvaaran arviointi johtaa suunnitelmallisiin jatkotoimenpiteisiin	1	2	3	4
47. Jatkotoimenpiteiden onnistumista arvioidaan säännöllisesti	1	2	3	4
48. Kaatumisvaaran arvioinnissa hyödynnetään erilaisia mittareita ja testejä.	1	2	3	4
49. Arviointitieto siirtyy potilaan/ asukkaan mukana jatkohoitoyksikköön	1	2	3	4
50. Henkilökunnalle on säännöllisesti tarjottu IKINÄ-mallin käyttöön liittyvää koulutusta	1	2	3	4
51. Uusi työntekijä perehdytetään IKINÄ-mallin mukaiseen kaatumisvaaran arviointiin	1	2	3	4
52. Potilas/asukas otetaan mukaan kaatumisen ennaltaehkäisyyn tähtäävien toimenpiteiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin	1	2	3	4

IKINÄ-OPAS

Ympyröi se numero, joka on lähimpänä omaa mielipidettäsi.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
53. Tunnen IKINÄ -oppaan sisällön	1	2	3	4
54. Työyksikössäni on käytettävissä IKINÄ- opas	1	2	3	4
55. IKINÄ- opas tarjoaa käytännön työvälineitä kaatumisvaaran arviointiin ja ehkäisyyn.	1	2	3	4
56. Olen hyödyntänyt IKINÄ -opasta käytännön hoitotyössä	1	2	3	4
57. Koen IKINÄ -oppaan hyödylliseksi työvälineeksi arjen hoitotyössä	1	2	3	4
58. IKINÄ- opas on jatkuvassa käytössä oleva työväline	1	2	3	4
59. Koen, että oppaan sisältö vastaa kaatumisten ehkäisytyöhön liittyviin tietotarpeisiini	1	2	3	4

Kiitos vastauksistasi!